

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°
316

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri HUBERT

Né le 10 Mai 1906, à NANTES (Loire-Inférieure)

RÉCAMIER

Précurseur de la chirurgie moderne

Président : Monsieur LENORMANT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri HUBERT

Né le 10 Mai 1906, à NANTES (Loire-Inférieure)

RÉCAMIER

Précurseur de la chirurgie moderne

Président : Monsieur LENORMANT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen

BALTHAZARD

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
N...
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CLERC.
MARION.
ROUSSY.
CHAMPY
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeur sans chaire ..

LAVASTINE
FIESSINGER.
Maur. VILLARET.
CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBE.
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
LENORMANT.
CUNEO.
GREGOIRE.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGENT.
Léon BERNARD.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MAUCLAIRE.
MULON.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

Mm.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
trie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ...	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale. (Pasteur) .
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUÉNIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

et à celle qui mérita par tant de dévouement et de tendresse maternelle adoptive, toute l'affection que je lui porte.

A MON FRÈRE

Qui me dépasse en espoirs dans la noble profession que nous servons.

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui m'accorda l'honneur de présider cette thèse ;

En témoignage de profonde gratitude.

A MON CHER MAITRE, LE DOCTEUR LOUIS SAUVÉ

*Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui m'inspira le passionnant sujet de cette thèse et ne cessa de me prodiguer ses conseils et ses bontés ;

Modeste témoignage d'admiration, de reconnaissance et de profonde affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. RECAMIER

Chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Michel

Près duquel j'ai trouvé tant de sympathie et de documents familiaux, pour ce modeste travail élevé à la mémoire de son illustre aïeul ;

Hommage très respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. POCHON

*Chirurgien en chef de l'Hôpital A. D. F.
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Dont je fus l'assistant durant
deux années, nourries de ses con-
seils et de ses marques d'affection ;

En témoignage d'affectueuse re-
connaissance pour l'accueil qu'il
m'a réservé.

A MESSIEURS LES CHIRURGIENS DE L'HÔPITAL A. D. F.

J'adresse des remerciements tout
particuliers pour la collaboration
amicale qu'ils m'ont offerte durant
mon séjour près d'eux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUSTAVE OLLIVE
Médecin-Chef honoraire des Hôpitaux de Nantes
Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Près duquel je trouvai une affectueuse indulgence et des conseils éclairés durant ma vie d'étudiant.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

Stagiaire :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL.
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SEBILLEAU.

Externe :

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. SOURDILLE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. LERAT.
MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN.

Interne :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRELET.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSSE (*in memoriam*).
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BUREAU.
A MESSIEURS LES PROFESSEURS Y. BUREAU, GIROIRE,
LEROUX, MOUTIER

A MESSIEURS LES DOCTEURS JAN-KERGUISTEL
ET DURBIN

Dont je fus l'assistant à l'Hôpital
Maritime de Pen-Bron.

A MON MAÎTRE DE CONFÉRENCES :
LE DOCTEUR POUMIER

A MES AMIS D'INTERNAT :
BABIN-CHEVAYE, CHARBONNEL ET DE FERRON

RÉCAMIER

Précurseur de la chirurgie moderne

« Il manque encore beaucoup à la médecine, mais le moyen de trouver ce qui lui manque, c'est que des gens habiles en fassent la recherche, *tâchant d'arriver à ce qui est inconnu par ce qui est connu*, dont il faut nécessairement partir. »

HIPPOCRATE.

Introduction

Chaque génération humaine apporte à l'individu sa contribution au soulagement de ses maux et l'espoir toujours renouvelé dans son affranchissement des servitudes du mal ; cette libération progressive de la souffrance et de la misère humaines est le fruit d'une longue hérédité d'esprits clairvoyants et combattifs, dont les acquisitions bienfaisantes, passant de maîtres à élèves, s'augmentent de richesses nouvelles à chaque héritage spirituel.

Au-dessus de ce foyer d'esprits consciencieux et traditionnels, dont le nombre même favorise l'égalité de tous, s'élève parfois la flamme du génie audacieux et novateur dont les conceptions originales engendrent un pas définitif vers la découverte scientifique.

Cependant, si la naissance d'un esprit génial s'accommode volontiers du bouleversement des prévisions les plus courantes, entretenues avec esprit de mollesse et souci de quiétude par le plus grand nom-

bre, il semble qu'une idée géniale ne puisse prospérer qu'à la faveur de l'adaptation des esprits à une telle perturbation dans le rythme déjà établi.

Pour que cette idée puisse vivre, il faut que son existence soit sanctionnée par l'approbation de la masse ; bientôt elle sera assimilée et défendue avec d'autant plus d'enthousiasme que l'opposition et l'incompréhension furent grandes. La difficulté ne consiste pas à défendre une idée — (les facultés de jugement et de logique demeurent identiques en leur système aussi bien pour le défenseur que pour les détracteurs) — ce qui est difficile, c'est de présenter cette acquisition personnelle comme accessible à la conception de chacun, de ne pas troubler les habitudes de pensée par le heurt violent d'une idée neuve et de la rendre suffisamment claire et évidente afin qu'elle donne l'impression qu'elle peut être conçue par chacun. Les esprits systématiques constituent l'obstacle le plus sévère à l'esprit hardi et novateur — celui qui crée. Tâche ingrate qui nécessite une grande faculté de persuasion, une souplesse de caractère sans défaillance, un souci extrême de la renommée et de l'approbation de ses pairs.

Parce qu'il ne saura se courber dans cette attitude, RÉCAMIER, précurseur de la chirurgie moderne, doué d'un esprit qui sait oser, appliquant avec hardiesse les conceptions d'un esprit novateur. RÉCAMIER, qui donnera naissance à la technique gynécologique actuelle, ne recueillera que l'indifférence et les sarcasmes de ses collègues, et n'obtiendra pour seule gloire que l'opposition vigilante et tenace de ses pairs.

Dans cette part injuste qui lui sera réservée, il partagera cette attitude systématique d'oubli et de combat avec son ami le plus illustre, LAENNEC, dont un rédacteur envieux et borné pouvait écrire à l'heure de

sa disparition, « que sa mort était plus irréparable pour le parti auquel il appartenait que pour la science ».

Voilà les honneurs humains réservés à ces deux pures flammes de la médecine contemporaine, après avoir subi les mêmes attaques, les mêmes dédains, les mêmes oppositions et tiré l'art médical de l'ornière où il s'enfonçait depuis plus d'un siècle.

En effet, à la fin du XVIII^e siècle, ce siècle qui sera riche en philosophes et pauvre en médecins, le désordre anarchique touchera la médecine des mêmes ravages qu'il occasionna dans les sociétés et dans les esprits. Elle aura subi l'influence fatale des Encyclopédistes et poussera l'abnégation jusqu'à s'abstenir de faire figurer ses servants dans la rédaction de leur ouvrage monumental. Les articles médicaux seront rédigés par les philosophes entourant DIDEROT et d'ALEMBERT, en négligeant toute inspiration religieuse ou métaphysique et se bornant à mettre au point la science d'alors.

Cette ignorance du corps médical envers la rédaction des chapitres où il paraissait le plus indiqué tient au désintéressement de celui-ci envers tout ce qui n'est pas la Cour et les avantages qu'elle procure. Les privilèges du courtisan sont plus appréciés que les devoirs du médecin et les grands médecins de l'époque ne sont considérés que par leurs charges de médecins du Roi et non par leurs fonctions de chefs d'Ecole.

Indifférence des maîtres officiels envers l'enseignement, recherche des bénéfices de Cour, opposition entre la vieille Faculté rétrograde et la Société Royale de Médecine, jeune et ardente — voilà les signes annonciateurs d'une décadence certaine, qui sera sanctionnée bientôt par l'Assemblée Constituante en supprimant le Corps médical de la Faculté, au même titre que les autres corporations.

Au contraire, le xix^e siècle verra un progrès immense de la science médicale — il commencera par BICHAT pour finir par Pierre CURIE. Entre ces deux pôles, l'existence de LAENNEC, Claude BERNARD et PASTEUR confère à ce siècle tous les caractères d'un grand siècle. Il saura faire profiter la médecine des acquisitions de la biologie, car la science de la vie passionnera les penseurs de cette époque.

Si nous envisageons l'aube de ce siècle plein de puissance, au point de vue chirurgical, nous voyons un homme se grandir au-dessus de ses pairs et que l'on peut considérer comme l'égal de LAENNEC en tant qu'intuition géniale : c'est J.-A. RÉCAMIER.

A cette époque où le domaine séparant l'art médical de la technique chirurgicale n'était pas aussi délimité qu'aujourd'hui, RÉCAMIER appliquera son esprit intuitif et audacieux à une entreprise qui surprendra ses contemporains et devancera de plus d'un demi-siècle les succès de la chirurgie abdominale. C'est le père de la technique gynécologique moderne.

Pour situer exactement l'importance des innovations chirurgicales de RÉCAMIER, il faut se rappeler qu'au début du xix^e siècle, la chirurgie française était fixée dans la tradition classique du siècle précédent; un dogme était intangible : celui de l'abstention rigoureuse quant à la possibilité d'opérations abdominales. Au contraire, la médecine va connaître un essor sans égal, grâce à l'usage de la clinique et de l'anatomie pathologique, grâce à la découverte de l'auscultation. LAENNEC, le principal animateur de cette ascension scientifique, verra ses initiatives contrariées avec brutalité par l'opposition de BROUSSAIS.

RÉCAMIER rencontrera la même force d'inertie et la même opposition chez ses collègues, car ses conceptions hardies s'opposeront aux traditions chirurgicales respectées par DESAULT.

Parce qu'il voudra se dégager de ces règles mortes et préjudiciables à l'avancement de la technique chirurgicale, il trouvera l'opposition et l'injustice qu'aucun praticien n'aura connues avec autant de force.

Esprit loyal et combatif, depuis l'âge d'étudiant jusqu'à la fin de sa carrière professionnelle, il montrera une âpre énergie à défendre ses idées et un souci sans égal d'améliorer le sort de ses semblables.

A la fin de ses études, lors de son arrivée à Paris en 1797, RÉCAMIER avait à choisir entre deux écoles aussi opposées par leurs doctrines que dissemblables quant à leurs chefs : l'école de PINEL, celle de CORVISART.

PINEL était épris des méthodes philosophiques issues de CONDILLAC. La médecine se bornait pour lui à un essai de classification s'inspirant surtout des cadres étroits et rigoureux institués par les naturalistes. Dans son ouvrage célèbre qui devint la charte de toute une génération de médecins, il posait ce principe : Etant donné une maladie, trouver sa place dans le cadre nosologique (1).

CORVISART, au contraire, faisait fi des doctrines philosophiques et employait ses facultés d'investigation et de contrôle à soulager le malade. Remarquable clinicien, étonnant son entourage par la précision de son diagnostic, vérifiant ses intuitions cliniques par le contrôle de l'anatomie pathologique, il complètera ces rares facultés par une puissance d'observation jamais en défaut et une volonté ferme de guérir. Il cherche à provoquer des guérisons par des interventions thérapeutiques rationnelles en s'élevant au-dessus de

(1) Pinel, *Nosographie philosophique ou analyse appliquée à la médecine*, 1809.

l'ancienne pharmacopée. Cette attitude qui nous paraît tellement naturelle par son souci de soulager la misère de l'homme n'était pourtant pas admise par tous à cette époque ; à ce point que Pitcairn lançait cette boutade contre le but de CORVISART et de ses élèves : « Etant donné une maladie, trouver le remède qui doit la guérir ».

RÉCAMIER n'hésitera pas ; il suivra les leçons et les exposés cliniques de CORVISART. Ils paraissent trop semblables par leur méthode de travail et leur esprit inductif pour ne point admettre l'influence considérable du maître sur l'élève. De plus, les maîtres en chirurgie DESAULT et BOYER développeront chez RÉCAMIER cette tendance chirurgicale qu'on ne rencontrera aussi accusée chez aucun médecin de cette époque.

DESAULT avait inauguré l'enseignement de la clinique chirurgicale au lit du malade. Mais ce fut son élève BOYER qui recueillit ses méthodes de travail et ses facultés de pédagogue pour transmettre son art aux jeunes élèves.

Sans esprit intuitif, trop passionné des vieilles méthodes, oublieux des richesses que réserve l'avenir, BOYER remplit cependant le rôle d'un bon éducateur. Opérateur habile, praticien soucieux de méthode et doué d'un robuste bon sens, il fut celui qui tint le flambeau de l'école chirurgicale entre son maître DESAULT et son illustre successeur : DUPUYTREN.

BOYER inculquera à ses élèves les principales règles du bon chirurgien : rappel des expériences antérieures, documentation anatomique, exactitude du geste opératoire.

En même temps que RÉCAMIER suivra les leçons de ces deux maîtres, il mènera un travail acharné sans

lequel on ne peut expliquer son incomparable réussite ; l'étendue de ses connaissances pratiques et l'application dans son labeur professionnel le mèneront insensiblement à l'enfantement de ce génie chirurgical, caractérisé par la hardiesse de ses initiatives et l'originalité de ses conceptions.

Lorsqu'on étudie l'œuvre scientifique de RÉCAMIER, deux faits importants nous frappent aussitôt :

1° La continuité de vues dans ses recherches thérapeutiques.

2° La lutte contre le cancer.

I

Toute sa vie, il fera preuve d'une continuité de vues sans défaillance quant aux innovations chirurgicales qu'il poussera jusqu'au succès final. Dans ses conceptions nouvelles, un esprit de suite très constant l'amènera progressivement à fixer une technique parfaite dont bien peu d'éléments sont à reprendre aujourd'hui. La mise au point d'un spéculum à parois réfléchissantes, aux branches mobiles, sera le point de départ de ses grandes interventions pelviennes. Partant de cet instrument pour jeter ses dons d'observation sur un monde inconnu jusqu'alors, aidé par une intuition audacieuse, toujours contrôlé par une argumentation rigoureuse et le rappel des expériences antérieures, il parviendra peu à peu à fixer la technique gynécologique encore en usage aujourd'hui.

Si nous comparons les principales dates de sa vie professionnelle, nous voyons une progression continue dans ces étapes chirurgicales dont chacune d'entre elles est le corollaire de celle qui la précédait.

De ce monument élevé à sa gloire et au soulagement de la condition humaine, il a posé pierre par pierre les assises de ce travail et plaça au faite une telle précision de technique que ses successeurs n'auront plus

qu'à la lui emprunter. Voici les paroles définitives que prononça à son sujet l'un de ceux qui défendirent le mieux sa mémoire, mon maître très aimé : le Docteur L. SAUVÉ. « On peut dire qu'il a créé complètement et de toutes pièces la technique chirurgicale de l'utérus et de ses annexes ; bien plus, il porta la technique des opérations qu'il pratiqua le premier à un degré de perfection telle qu'elle est, aseptie à part et à peu de choses près, celle que nous suivons encore aujourd'hui ».

RÉCAMIER arrive à Paris en 1797, et soutient sa thèse de doctorat sur les hémorroïdes en 1800.

1800-1852 : Ce demi-siècle de vie professionnelle enfantera une élévation constante dans la recherche scientifique et le noble souci de soulager ses semblables, demi-siècle de lutte et de hardiesse d'esprit dont les étapes sont ainsi fixées :

1804

Invention du spéculum (il était alors médecin expectant à l'Hôtel-Dieu).

1806

Médecin-chef de l'Hôtel-Dieu.

C'est sans doute à cette époque qu'il a trouvé l'orientation de sa curiosité professionnelle, étant frappé par les nombreuses malades de son service atteintes d'affections utérines alors inaccessibles à la thérapeutique.

1818

Hystérectomie sur le cadavre.

Il me semble que cette mesure de prudence et ce scrupule d'exécutant avant d'intervenir sur le vivant, anéantissent d'eux-mêmes les critiques faites de son temps contre son audace et son indifférence envers la vie de ses malades. N'oublions pas, non plus, qu'à

l'égal de ses contemporains, il pratiqua souventes fois l'amputation du col cancéreux.

Cet exercice de médecine opératoire montre bien qu'il fut le précurseur de cette méthode chirurgicale puisqu'il fut pratiqué 4 ans avant l'opération de SAUTER, celle-ci ayant eu lieu sur une malade qui la réclamait expressément : « Opérez-moi, j'y tiens, dussé-je en mourir ». Témérité folle unie à une chance inouïe, telle fut la préparation de SAUTER à cette grave intervention dont j'examinerais plus loin les incertitudes.

Dès à présent, attardons-nous aux réflexions qualifiées du Professeur LENORMANT à ce sujet : « SAUTER a donc eu le mérite de voir la possibilité de l'hystérectomie, il eut la chance de la réussir une fois ; mais sa technique était par trop insuffisante, par trop défectueuse pour qu'on puisse le regarder comme le vrai créateur de la méthode. L'hystérectomie vaginale est bien son enfant, mais telle qu'il la pratiquait, ce n'était pas un enfant viable. Enlever l'utérus sans lier ses vaisseaux était une erreur chirurgicale. Un grand progrès restait à accomplir pour que l'hystérectomie devint une opération réglée et anatomique. Ce progrès, RÉCAMIER allait le réaliser quelques années plus tard ».

14 octobre 1825

Ablation d'une tumeur fongueuse de l'utérus prolabé.

26 juillet 1829

Ablation de l'utérus cancéreux.

13 janvier 1830

Deuxième hystérectomie (dont les détails de technique s'inspirent des erreurs de la première intervention).

1837

Colpotomie postérieure, devançant de 50 ans juste les travaux de LAROYENNE.

1838

Proposition d'ablation de kyste de l'ovaire.

Ayant à soigner une femme atteinte « d'hydropisie enkystée de l'ovaire », il la ponctionna et chercha à pratiquer le drainage vaginal — parce que l'année d'avant il avait déjà pratiqué la colpotomie pour un abcès pelvien. L'opération ne réussit pas, mais il s'est rendu compte que la plupart du temps, le kyste est relié à son point d'implantation par un pédicule très mince, que l'on peut tordre et sectionner en attirant la masse au dehors, par laparotomie.

Intuition, je veux bien, mais aussi un remarquable enchaînement dans les idées et une faculté de déduction des plus rigoureuses. Clairvoyance sans égale qui devançait de deux ans la première opération de CLAY (de Manchester), ainsi que celle de KÆBERLÉ, en 1862.

1843

Abrasion utérine (curettage).

Or quelques années plus tôt, il avait déjà extirpé du fond utérin une masse placentaire dont la rétention provoquait l'infection de l'accouchée.

1852

Dilatation anale.

L'année de sa mort, il polémique avec son ancien élève BLANDIN, alors chirurgien de l'Hôtel-Dieu, au sujet d'une fausse interprétation que ce dernier avait faite, devant ses élèves, de son procédé de dilatation anale.

Enfin, trait final, RÉCAMIER s'était servi de son spéculum pour cautériser « trois petites tumeurs carci-

nomateuses du rectum, dont la plus grosse, ulcérée, a le volume d'une noix... » (*Dict. des Sciences Médic.*, t. 31, p. 240).

Est-ce donc qu'il y a une grande différence entre le dilatateur anal qui nous sert actuellement pour les mêmes fins et le spéculum de RÉCAMIER ?

Lutte continuelle contre la maladie, continuité de vues remarquable dès que l'idée directrice est engendrée, esprit critique toujours alerté, contrôle des expériences antérieures, élévation constante dans l'art de guérir, voici quelles sont les hautes qualités que RÉCAMIER exercera durant sa vie professionnelle et auxquelles nous rendons un modeste hommage.

II

L'autre fait important qui caractérise l'œuvre de RÉCAMIER est la lutte sans répit qu'il mena contre le cancer.

Dès son arrivée à l'Hôtel-Dieu, il est frappé par le grand nombre de femmes grabataires ou traînant avec résignation ce mal sournois et implacable, contre lequel des topiques variés et des caustiques sans efficacité accusaient la défaite du thérapeute. Quant aux cancers utérins trop évolués, d'émollientes injections de guimauve ou de pavots sauvaient la face en endormant la douleur.

Le seul traité important que RÉCAMIER ait laissé à la postérité s'intitule : « Recherches sur le traitement du cancer ». Dans cet ouvrage, non seulement il expose en détail sa méthode thérapeutique par la compression méthodique simple ou combinée, mais expose-t-il encore les aspects protéiformes que revêt ce

mal, les déboires engendrés par l'inaccessibilité de certaines tumeurs cancéreuses au bon vouloir du guérisseur. Ce qui frappe surtout, c'est cette lutte continue d'un esprit aussi sagace et persévérant que le sien contre un mal imperturbable dans sa marche et terrible par les douleurs qu'il engendre. Poursuivant le mal par tous les moyens possibles : compression, cautérisation, énucléation, aconit, ciguë, cura famis ; il le poursuit encore dans ses premiers retranchements, dès ses débuts, *avant la dégénérescence*.

Écoutons RÉCAMIER, au sujet du cancer utérin : « Lorsqu'une affection cancéreuse s'étend au delà du col de l'utérus et que cependant les ligaments utérins et les tuniques vaginales paraissent sains, peut-on avec espoir de succès tenter l'ablation de l'organe malade ? Le prolapsus de la matrice est-il pour cela une circonstance favorable ? Peut-on entreprendre d'opérer lorsque le prolapsus n'existe pas ? »

Plus loin, RÉCAMIER déclare qu'il ne borne pas l'extirpation de l'utérus à l'affection du corps de cet organe ; il conseille encore cette opération lorsque le col de l'utérus est seul affecté. Il pense que l'extirpation totale est moins dangereuse que l'amputation du col parce qu'on peut se rendre maître des hémorragies, parce qu'on ne peut toujours pas juger de l'étendue de la maladie — très souvent, on croit l'affection bornée au col alors qu'elle s'étend déjà au corps utérin.

Cette précision dans les indications de l'hystérectomie, cette sagacité alors que la biopsie et le contrôle histologique lui étaient refusés, cette sorte de divination de l'envahissement cancéreux, tout cela n'est-il pas admirable ? A notre époque, qu'avons-nous changé à cette volonté d'enlever tout l'organe malade avant la ruée du processus cancéreux ?

Et les contre-indications de l'intervention ne sont-

elles point aussi judicieusement précisées par RÉCAMIER : utérus fixé, cloison recto-vaginale indurée et cartonnée au palper combiné, extension à la vessie. « Plus tard je n'ai pas proposé l'ablation, à cause de l'engorgement qui était survenu dans le psoas et le ligament large gauche » (p. 379).

Toute sa vie il lutta contre l'affection cancéreuse, et si ses efforts ne furent couronnés de succès que dans le cancer de la femme par excellence, le cancer utérin, c'est que dans cette localisation du mal il osa s'affranchir des procédés désuets et des routines traditionnelles pour porter franchement le couteau dans le mal, avec toute son habileté opératoire, tout son dédain des jappements confraternels, toute sa foi dans l'art de guérir.

Si cet homme génial avait pu vivre quelques années de plus pour connaître l'anesthésie générale, que de révolutions n'aurait-il pas apportées encore dans l'art médical ? Surtout l'anesthésie, car si l'avènement précoce de l'asepsie ait pu décupler le pronostic favorable de ses opérations, il faut aussi se rappeler *qu'il ne perdit pas un seul malade, opéré par ses soins, d'infection.*

Pour terminer cette mise au point des idées directrices de RÉCAMIER et apprécier la saveur des jugements portés par les contemporains en général, relisons ces quelques lignes de l'éloge prononcé par le plus académique et le plus officiel de ses pairs : DUBOIS d'Amiens.

« Qui ne se rappelle les vaines tentatives, et il faut le dire, les longues illusions de M. RÉCAMIER au sujet d'un mal resté pour lui, comme pour tout le monde, incompréhensible dans ses causes, incoercible dans ses envahissements, indomptable dans ses récidives, le cancer. Ici du moins, M. RÉCAMIER attendait tout d'une lente et inoffensive compression. Mais que dire

de ce qu'il appelait lui-même ses derniers arguments ? Que dire de tant d'opérations que nul n'aurait osé entreprendre, ni même imaginer, et qui montraient qu'en chirurgie M. RÉCAMIER était un *oseur*, aussi bien qu'en médecine ?

« Je sais que des succès inespérés, que des merveilles, si l'on veut, ont parfois couronné ces hardieses ; mais, pour ma part, je l'avoue, je ne pouvais me défendre d'un certain effroi quand je voyais cette main inexorable s'armer de pinces, de crochets, de curettes, et pénétrer dans la profondeur des entrailles pour y exercer des dilatations forcées, des énucléations, des râclures, et jusqu'à d'effrayantes extirpations d'organes, comme pour prouver qu'il était bien de ces médecins dont saint Chrysostome a dit qu'ils enfonçaient les bras jusqu'au coude dans les plaies saignantes pour les guérir ! »

CHAPITRE PREMIER

Découvertes gynécologiques de Récamier

Le progrès dans les sciences dérive de trois sources : le hasard, exploité par des dons d'observation supérieurs; l'intuition, éclairée par une puissance exceptionnelle de méditation; l'invention technique, conduite par une ingéniosité singulière.

Professeur LÉON BERNARD.

Après avoir tenté de montrer l'importance capitale des idées directrices de RÉCAMIER pour l'établissement de son œuvre chirurgicale, abordons à présent l'étude serrée de celle-ci en nous attachant surtout à la branche gynécologique. Hystérectomie vaginale, colpotomie, abrasion utérine, trois inventions qui ne doivent leur existence qu'à l'emploi initial d'un instrument perfectionné par RÉCAMIER : le spéculum. Ce fut le point de départ de cette technique gynécologique, celui dont on peut dire à juste raison, au moyen d'une comparaison facile, que le spéculum fut aux affections utérines ce que le sthétoscope fut aux maladies de poitrine.

I

Le spéculum utéri de Récamier

Certes, depuis longtemps on connaissait un instrument qui permettait d'accéder à l'utérus en écartant les parois du vagin. GALLARD prétend « qu'on en trou-

ve la description et les dessins dans les auteurs les plus anciens, même dans ceux qui ont écrit avant Jésus-Christ ». Si nous remontons en effet jusqu'au père de la médecine, le maître de Cos, nous voyons déjà que les affections des femmes l'intéressent au plus haut point. Dans son traité « des Maladies des femmes ». HIPPOCRATE parle des troubles qui précèdent la puberté, des fausses grossesses, des avortements, des déviations utérines, pour le traitement desquelles il emploie le spéculum, des sondes de plomb et des pesaires.

Plus tard, Paul d'EGINE décrit un instrument à trois branches, dont les tiges pouvaient s'écarter. Ambroise PARÉ, et GARENGEOT, au XVIII^e siècle, décrivent le même « dilatatoire » avec peu de modifications.

Mais cet appareil demeurerait une chose aveugle pour les praticiens — il servait seulement de moyens d'accès — RÉCAMIER, le premier, aura l'idée de s'en servir pour regarder dans le fond du vagin.

Il faut remarquer, que dans les premiers emplois de son instrument, il ne songea pas à en tirer parti comme moyen visuel — il lui permettait seulement de porter des pansements sur les portions de la matrice ulcérées, ne touchant que la portion malade située au fond du conduit, en préservant le vagin de l'application des topiques. Là aussi, il fera preuve d'une graduation progressive dans l'art d'user au maximum d'une invention qui deviendra perfectible grâce à ses dons d'observation et un esprit toujours à l'affût d'une amélioration.

Au début (1801), ce n'est qu'un « tube d'étain, du volume du doigt et de 4 à 5 pouces de long », qui servait à des pansements locaux.

Bientôt, il s'apercevra que non seulement il pouvait, grâce à ce tube protecteur, atteindre les parties malades — tout en préservant les parois vaginales du

contact des caustiques avec lesquels il voulait modifier les points affectés — mais aussi qu'il pouvait voir les altérations dont les parties étaient le siège, constater la forme et l'étendue du mal et en même temps, suivre les progrès du traitement qu'il avait institué.

Aussi, en 1818, il va modifier de façon très efficace son instrument. « J'augmentai le calibre du tube, afin de voir les parties malades, et je disposai l'une de ses extrémités pour les cerner de manière à pouvoir les cautériser sans compromettre les organes voisins. J'appelai spéculum utéri ce nouvel instrument ». L'extrémité utérine est disposée en bec de flûte, de façon à pouvoir embrasser le col de l'utérus ; l'autre extrémité est coupée obliquement afin de fournir une gouttière qui servira de moyen de préhension.

Muni de cet appareil, RÉCAMIER pourra désormais prolonger sa vue jusqu'au fond du vagin. Mais si cette observation est possible au grand jour, dès que l'éclairage est douteux, l'examen devient difficile. Là aussi il a prévu l'amélioration à porter. « Lorsque je me sers du spéculum dans un lieu obscur, j'éclaire le fond de l'instrument, au moyen d'une bougie entre laquelle et l'œil je tiens un petit réflecteur, de manière à empêcher la lumière de m'incommoder et à mieux éclairer l'objet que je veux examiner ». Qu'avons-nous fait de plus à notre époque sinon de remplacer la chandelle par une ampoule électrique ?

Cependant RÉCAMIER se rendra vite compte d'un gros inconvénient. Etant donné que ce tube d'étain est parfaitement rigide et de calibre toujours égal, lorsque l'instrument est dans le fond du vagin, un repli de celui-ci peut se former et gêner l'exploration. C'est ainsi qu'il avait remarqué qu'« après avoir introduit le spéculum, qu'il résultait une sorte de cul-de-sac en bas et en arrière, où on apercevait les rides de la membrane muqueuse du vagin ».

A cela, il va apporter deux améliorations considérables, qui détermineront l'aspect définitif du spéculum dont nous nous servons actuellement :

1° Il va tailler l'extrémité interne de l'instrument en bec de flûte, de façon que cette extrémité s'enfonce plus en arrière qu'en avant ;

2° Il va faire une coupe longitudinale de son appareil, réalisant ainsi deux demi-cylindres pouvant s'écarter et agrandir ainsi à volonté le champ de l'investigation.

La modification la plus ingénieuse était apportée, le spéculum bi-valve était découvert.

Plus tard, DUPUYTREN lui adjoindra un manche coudé, pour le rendre plus maniable. JOBERT (de Lamballe) articulera ces deux segments l'un à l'autre, vers la partie moyenne, de façon que leur écartement se fit non plus à la vulve, mais au fond du vagin en y découvrant une surface plus étendue. Enfin, RICORD joindra au même avantage de dilater le fond du vagin, la supériorité d'avoir son articulation à la vulve, et de pouvoir être manœuvré grâce au manche adapté à chacun des deux cylindres qui le constituent.

Quoi qu'il en soit, ces détails apportés forcément par l'évolution de la pratique médicale n'atténuent en rien l'invention magistrale de RÉCAMIER. Dès 1818, il avait attribué à cet instrument sa forme et sa fonction définitives. C'est son spéculum utérin qui engendrera ses principales découvertes et opérations gynécologiques — par lui, il commencera cette lutte sans répit qu'il mena contre le cancer, et qui, par des procédés toujours meilleurs, le conduira de la cautérisation du col cancéreux à son ablation, de l'ablation à l'hystérectomie vaginale.

Voilà donc le spéculum utérin découvert et mis au point — il explique et détermine les innovations gynécologiques de RÉCAMIER au même titre que le sthé-

toscope favorise et engendre la clinique médicale et la séméiologie des affections thoraciques. A ce propos, certains auteurs prétendent que la découverte de LAENNEC fut la conséquence d'un de ces faits naturels surgissant au sein d'un esprit depuis longtemps obsédé et préparé à recueillir le fruit de cette intervention extérieure — comme le lustre de la cathédrale de Pise pour Galilée ou la pomme de Newton.

Des enfants jouaient dans la cour du Louvre, l'un d'eux frappait à l'extrémité d'une longue poutre, tandis qu'un autre riait de surprise et d'enthousiasme en percevant la transmission du son à l'autre extrémité. LAENNEC passait par là, songeur, cherchant depuis longtemps à percer le mystère qui reposait en lui. Devant ce spectacle puéril, l'étincelle jaillit aussitôt ; la réponse à ses questions était donnée par des enfants. Quelques minutes plus tard, allant visiter une jeune cardiaque, il roula en cylindre un cahier de papier à lettres, l'appliqua contre la poitrine de la jeune malade, écouta, se releva ébloui, après avoir entendu le double bruit de la révolution cardiaque. L'auscultation médiate était née.

Il est peut-être regrettable pour la légende de RÉCAMIER qu'on ne puisse invoquer un semblable caprice du hasard favorisant la conception de son instrument. Une telle intervention extérieure satisfait le respect du mystérieux que chacun garde en soi — en popularisant la renommée d'un homme.

Non, RÉCAMIER trouva en lui seul le génie nécessaire pour enfanter son instrument et ses merveilleuses découvertes — il semble que le hasard ne l'ait pas souvent frôlé ; par contre, une intuition géniale dont on ne peut saisir l'importance sans l'adjonction de son pouvoir de méditation, va le conduire à la mise au point de ces opérations d'autant plus audacieuses,

qu'elles se libèrent de la tradition abstentionniste étroitement observée par ses contemporains.

La première en date, celle qui fut tentée qu'au bout d'une vingtaine d'années d'observation et de contrôle, sera l'hystérectomie vaginale dont nous allons aborder l'historique et la technique détaillée.

L'hystérectomie vaginale

Tout d'abord, disons un mot de l'amputation du col cancéreux, méthode pratiquée depuis 1801 par OSSIANDER, de Vienne, et très vite répandue dans les milieux chirurgicaux français, à commencer par LISFRANC et RÉCAMIER. Ce fut une intervention souvent exécutée et dans la littérature médicale de ce temps, on rencontre maintes observations qui témoignent autant du bon vouloir des chirurgiens que de leur insouciance des hémorragies importantes, entraînées par la résection du col utérin.

D'aucuns reprochèrent à RÉCAMIER d'employer trop souvent ce procédé. Certes, il pratiqua plus d'une fois l'amputation du museau de tanche, mais d'une façon éclectique, là où l'application des caustiques avait échoué. De plus, il prenait bien le soin d'abaisser l'utérus et de sectionner la muqueuse du col couche par couche, afin d'obtenir un moignon cône et favoriser ainsi la rétraction supérieure des vaisseaux para-utérins. D'ailleurs LISFRANC et DUPUYTREN montraient beaucoup plus d'enthousiasme pour cette opération que RÉCAMIER — ce dernier étant persuadé de l'insuffisance de ce procédé contre le cancer utérin. J'ai déjà montré qu'il redoutait l'invasion d'un mal prolongé plus loin que les apparences cliniques ne le présu-

maient — « très souvent, on croit l'affection bornée au col, alors qu'elle s'étend déjà au corps utérin ». Cette demi-mesure ne pourra donc satisfaire longtemps l'esprit rigoureux et hardi de RÉCAMIER. Cette résection du col n'était qu'un pas en avant vers une intervention plus décisive et plus utile. Il méditait une opération importante que sanctionnerait l'inestimable conséquence thérapeutique. Mais avant de parler de sa géniale découverte, il sied de faire le point, d'établir les tentatives exécutées avant la sienne et de prouver ainsi l'inégalable supériorité que sa technique apportait à la lutte contre le cancer utérin. Aussi, je me propose de diviser ce chapitre en deux articles : l'hystérectomie vaginale pratiquée jusqu'à RÉCAMIER ; l'opération de RÉCAMIER proprement dite.

I. — L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVANT RÉCAMIER

A. — La première hystérectomie vaginale date de 1812. Elle fut pratiquée par PALETTA et ne relève que de la surprise du chirurgien devant une erreur de technique. En effet, PALETTA voulait exécuter l'ablation du col pour une tumeur végétante, selon la méthode d'OSSIANDER. Quel ne fut pas son étonnement en enlevant l'utérus en entier quand il croyait seulement réséquer un museau de tanche ulcéré ! C'était donc un coup nul. D'ailleurs, sa fragilité d'examen clinique et son erreur de technique seront fatales à sa malade, qui mourut au bout de 48 heures, de péritonite.

B. — La seconde tentative eut lieu un an plus tard en janvier 1813. Elle fut exécutée par LANGENBECK l'ancien, un des plus grands chirurgiens de l'Allemagne. Son observation fut publiée dans la *Neue Bibliothek für chirurgie* (1818) et recueillie par RÉCAMIER qui montre, une fois de plus, le grand souci qu'il avait

de tout ce qui touchait la pathologie du cancer et les tentatives de ses contemporains.

La malade de LANGENBECK était atteinte d'un carcinome de l'utérus, en prolapsus complet. Voici quels sont ses principaux temps opératoires :

Incision du vagin poussé en avant et séparation d'avec l'utérus ;

Décollement du péritoine pré-utérin « évitant d'entamer ce dernier, pour ne point courir la chance de voir les intestins passer par une ouverture faite à cette membrane ».

Puis il pratiqua une résection des trois quarts de l'utérus, laissant en place le fond utérin, « ce qui faisait ressembler cette portion, restée attachée au péritoine avec le vagin auquel il tenait, à une bourse vide ».

Evidemment, il en résulta une hémorragie considérable. A ce propos, le compte rendu de LANGENBECK ne manque pas de saveur, quant à la condition physique de ses aides et aux moyens de préhension dont il saura tirer parti !

« M. KIRCHMAYER, atteint de la goutte, ne pouvant m'aider efficacement, je serrai avec la main gauche la surface d'où s'écoulait le sang, je la traversai d'aiguilles garnies de fils, je formai les nœuds de la main droite, et tirai l'un des bouts de chaque fil avec la même main, tandis que je tenais l'autre avec les dents. C'est ainsi que je plaçai quatre ligatures qui furent suffisantes ».

Puis la cavité fut remplie de charpie et d'après LANGENBECK, la guérison marcha avec rapidité.

On voit tout de suite les critiques qu'on peut faire à ce procédé :

- 1° l'ablation utérine n'est pas complète ;
- 2° le péritoine n'est pas ouvert ;
- 3° risques d'hémorragie considérable, dont on pré-

voit mal l'hémostase, étant donné que les ligatures sont faites après la section de l'utérus, la portion restante étant devenue inaccessible.

Aussi, RÉCAMIER a trop de sagacité pour ne pas reconnaître l'insuffisance de technique de ce procédé ; il veut bien intervenir, mais avec le noble souci de ne pas tenter un acte inutile — il veut aussi assurer la guérison à ses malades. Il attend son heure.

C. — La troisième tentative, plus sérieuse, aura lieu dix ans plus tard. A SAUTER appartiendra l'honneur de la réaliser.

Jean-Népomucène SAUTER, de Constance, fit ses premières armes auprès d'un chirurgien du pays, comme RÉCAMIER lui-même s'initiera à la pratique médicale près de deux chirurgiens de Bellay :

le docteur Anthelme RÉCAMIER,

le docteur GONET.

SAUTER ne fit pas d'études spéciales et approfondies « Les titres et la considération qu'il obtiendra seront seulement la consécration de son habileté chirurgicale et de sa valeur professionnelle et morale » (LE-NORMANT).

L'intervention fut tentée le 28 janvier 1822, sur une malade de 50 ans ayant une tumeur volumineuse remplissant le vagin, l'utérus étant entièrement envahi par le cancer ; la masse était fixée.

Mode opératoire.

Vessie et rectum sont évacués préalablement.

Incision du vagin sur col utérin, au fond du cul-de-sac antérieur.

Une partie de la tumeur est arrachée par la traction des pinces. SAUTER abandonne l'idée d'extirpation sous-péritonéale réalisée par LANGENBECK.

Incision du péritoine dans le cul-de-sac vésico-utérin. Section des ovaires, trompes, ligaments larges au ras de l'utérus.

Bascule de l'utérus en avant ; refoulement des anses intestinales qui avaient fait issue par la brèche péritonéale ; incision des ligaments utéro-sacrés ; ablation de la masse.

Tamponnement à la charpie pure et sèche.

(Sang perdu : 1/2 litre environ.)

Les suites opératoires ressemblent assez à celles que nous pouvons observer aujourd'hui :

Deux premiers jours, vomissements avec réaction péritonéale.

Troisième jour, ablation du tamponnement vaginal.

Quatrième jour, gaz.

Cinquième jour, selle.

La malade retourne chez elle avec une fistule urinaire.

Les critiques que l'on doit faire à cette méthode sont les suivantes :

1° Il y a eu blessure de la vessie ou de l'uretère expliquant la fistule ;

2° L'utérus n'est pas abaissé : un aide refoule seulement l'utérus en bas avec une main abdominale ;

3° L'absence complète d'hémostase, et c'est là l'objection capitale.

Evidemment, la grosse erreur chirurgicale est cette insouciance que SAUTER montre envers l'hémostase — elle transforme une innovation qui aurait pu être géniale en une simple audace de praticien encouragé par sa chance. D'ailleurs, l'expérience ne le rendra pas plus averti et perfectible. En effet, encore plus tard, SAUTER rejettera l'hypothèse des ligatures, pratiquera le seul tamponnement en maintenant « que de nombreux examens cadavériques ont montré que les vaisseaux des ligaments utérins, les artères en particulier, hors le cas de grossesse, sont toujours fort petits ».

Etait donc réservée à RÉCAMIER la gloire de transformer une tentative hasardeuse en une opération réglée, anatomique, et harmonieuse. Parce qu'il aura mûri depuis longtemps la technique opératoire qu'il appliquera, parce qu'il aura contrôlé son intuition géniale par les fautes et les ignorances des expériences précédentes, parce qu'il aura toujours présent l'humain souci de sauvegarder la vie de ses malades, RÉCAMIER atteindra la perfection dès sa première tentative, à un degré tel, que les chirurgiens modernes n'auront à apporter que des modifications de détail.

Cependant, avant d'entreprendre l'histoire de son invention géniale, jetons un rapide coup d'œil sur le passé, et voyons comment se soldent les tentatives précédentes.

Paletta. 1^{er} août 1812. Mort en 40 heures : péritonite.

Langenbeck. Janv. 1813. Succès.

Sauter. 22 janv. 1822. Succès.

Siebold. 19 avril 1824. Mort en 60 heures : hémorragie, péritonite.

Siebold. 25 juill. 1825. Mort en 14 heures : hémorragie, péritonite.

Holscher. 5 fév. 1824. Mort en 24 heures : péritonite.

Blundell. 19 fév. 1828. Mort (péritonite).

Blundell. Mort (hémorragie).

Blundell. Mort (hémorragie).

Blundell. Mort.

Banner. 27 sept. 1828. Mort en quatre jours : hémorragie, péritonite.

Lizars. 2 oct. 1828. Mort en 24 heures : hémorragie, péritonite.

Funeste tableau d'entraînement opératoire que ne justifiaient pas la maîtrise du chirurgien et la rigueur de technique employée.

II. — L'OPÉRATION DE RÉCAMIER PROPREMENT DITE

Si nous avons le souci d'étudier dans l'ordre chronologique, l'œuvre scientifique de RÉCAMIER, nous ne pouvons passer sous silence l'intervention pratiquée pour une tumeur fongueuse de l'utérus *prolabé*, le 14 octobre 1825, par conséquent 4 années avant son opération mémorable. Ce scrupule s'excuse d'autant mieux qu'il va nous prouver deux choses :

d'abord, la supériorité de la technique employée sur celle dont LANGENBECK s'était servi pour la même opération en 1813 ;

ensuite, l'influence heureuse que possèdera cette intervention initiale sur l'opération décisive de 1829. Dès ce moment, RÉCAMIER avait vu la nécessité de diviser les pédicules en plusieurs ligatures.

Disons rapidement quelques mots de cette opération, temps précurseur de la colpo-hystérectomie classique de RÉCAMIER.

Les conditions sont les suivantes :

Malade de 60 ans, atteinte d'une tumeur fongueuse de l'utérus *prolabé* ;

Date de l'intervention : 14 octobre 1825.

RÉCAMIER, en bon clinicien et opérateur prudent, prend d'abord les précautions suivantes : il s'assure qu'il a bien affaire à un prolapsus utérin, ne pouvant être confondu avec un renversement de la matrice « dont la face interne aurait dans ce cas donné naissance à la tumeur ulcérée qui remplissait le vagin » (Que PALETTA n'eût-il pris les mêmes précautions!)

Étant sûr de son diagnostic, il décide l'intervention de commun accord avec MARJOLIN. Certes, on ne peut

lui reprocher de ressembler à ces rares chirurgiens dont l'insuffisance d'examen clinique est remplacée par une formule aussi remplie d'opportunisme que de dangers. « Il faut aller voir ». Bien au contraire, avant l'intervention, il a précisé, dans un colloque avec sa conscience et son savoir, les différents temps qu'il compte exécuter, le bistouri à la main, pour accomplir pleinement le but qu'il s'est proposé.

Voici son idée directrice : faire tomber en gangrène l'utérus et la masse appendue.

Les moyens répondant à ce but sont les suivants :

1° Extérioriser complètement l'utérus, et s'assurer qu'il n'y ait aucun organe susceptible d'être blessé au-dessus ;

2° Traverser au-dessus de la matrice, avec une aiguille, le sac fourni par le vagin renversé ;

3° Passer un fil ciré double, qui sera coupé, et dont les quatre chefs formeront deux ligatures ;

4° Serrer graduellement les ligatures pour étrangler peu à peu la tumeur ;

5° « Prévenir les accidents post-opératoires et les combattre s'ils survenaient ».

La technique sera exactement suivie comme RÉCAMIER l'avait indiqué ; dans l'anse de chaque fil, il comprendra la partie latérale du vagin, les ligaments rond et large du même côté. Dans les jours suivants, les ligatures sont serrées graduellement, afin d'éviter une réaction péritonéale vive. Quinze jours après, la masse gangrenée se putréfiant, la masse est sectionnée à quelques lignes au-dessus des ligatures.

La malade quitte l'hôpital en parfaite santé, mais succombe trois mois après l'opération d'accidents dysentériques.

Cette intervention nous ménage quelques réflexions tout à la louange de RÉCAMIER. Ce n'est plus la sur-

prise effrayée de PALETTA devant une ablation complète qu'il n'attendait pas ; ce n'est plus l'imprudente technique et l'intervention inutile de LANGENBECK ; c'est l'acte opératoire d'un homme audacieux mais soigneux et circonspect, qui ne se lance pas à l'aventure, mais qui applique dans ses moindres détails ce qu'il a précisé depuis longtemps. En effet, RÉCAMIER prend bien la peine de ne laisser dans le cul-de-sac péritonéal formé par la précipitation de la matrice ni intestin, ni vessie, ni épiploon. De plus, ils n'oublie pas l'hémostase et préfère diviser le pédicule en deux ligatures pour mieux étrangler les tissus.

Cette expérience lui sera profitable pour les interventions ultérieures. Il s'est rendu compte que la masse ainsi étranglée ne pouvait que se sphacéler par ischémie complète. Aussi, il déclare : « Je suis resté persuadé que si j'avais fait plutôt la résection dont je parle, la constitution de la malade aurait moins souffert, que ses facultés digestives se seraient mieux rétablies, et que peut-être elle eût été moins accessible aux accidents dysentériques auxquels elle a succombé ».

Longue préparation des actes opératoires qu'il inaugure, érudition anatomique certaine, maîtrise de soi durant l'intervention, scrupule de ne pas rendre sa malade victime d'une expérience, telles sont les qualités qui font le succès et la grandeur de RÉCAMIER.

Certains de ses contemporains lui reprochent son audace et sa hardiesse envers une ablation d'organe qu'ils considéraient comme inséparable de l'individu. Que ce soit pour le cancer utérin ou les kystes de l'ovaire, l'opposition demeura systématique et violente. C'est BOYER qui, parlant *ex cathedra* condamne : « La moindre réflexion suffit pour montrer les dangers et l'impossibilité de cette opération qui n'a jamais été pratiquée et ne le sera véritablement jamais ». D'autres expliquent le premier succès de RÉCAMIER par une chance inouïe, une pichenette auda-

cieuse qui nargue un temps la fatalité, mais qui subira très vite les rigueurs de sa propre témérité.

Or, je maintiens que ce « coup de chance » n'est que le résultat d'une longue patience, d'une préparation minutieuse, d'une tension de l'esprit sans relâche. C'est ainsi définir le génie.

Depuis 1818, RÉCAMIER avait fixé dans son esprit les modalités de l'intervention qu'il tenterait. Les expériences de ses collègues, les explorations qu'il fit lui-même de cette région au cours de nombreuses ablations du col, ses exercices de médecine opératoire, toutes ces raisons motivent en faveur de la longue préparation pour la lutte définitive qu'il engagerait contre le cancer.

1818-1829 ! Onze ans d'efforts, de méditations, de recherches et de déceptions aussi — pour aboutir finalement à cette invention géniale qui marque la date la plus glorieuse de la vie scientifique de RÉCAMIER.

Dès 1825, il pose les indications de l'hystérectomie et règle la technique selon le degré d'accessibilité de l'utérus. Tout d'abord, connaissant seulement à cette époque l'observation de SAUTER, il fait les critiques suivantes :

« Telle est la méthode à laquelle le Docteur SAUTER s'est arrêté, et qui pourrait suffire, s'il était démontré qu'on n'eût pas à craindre d'hémorragie... Etant donc prouvé qu'il peut y avoir hémorragie, je pense qu'il est préférable de poser les *ligatures avant la section des ligaments* de la matrice, et je proposerai pour l'extirpation de cet organe divers procédés fondés sur l'existence de son abaissement et sur la *possibilité de le produire* ».

« Je poserai 4 cas : celui dans lequel le prolapsus n'existant pas, on peut se servir du col de cet organe pour en produire l'abaissement, celui dans lequel le col de l'utérus ne donne aucune prise pour opérer cet

abaissement ; et celui enfin dans lequel on ne pourrait abaisser l'utérus avant la section de ses ligaments ».

Premier cas. — Si prolapsus.

a) 2 ligatures latérales, maintenues par deux serre-nœuds ;

b) Section de la matrice à quelques lignes au-dessous.

Une fois de plus précurseur, RÉCAMIER ajoute ces réflexions qui engendreront plus tard chez des praticiens doués d'esprit plus pratique que lui-même, l'idée des pinces à forcipressure : « Je crois qu'il ne serait pas impossible de remplacer les ligatures par un instrument dont les mors analogues à ceux de la pince de M. DUPUYTREN pour les anus artificiels, représenteraient sur leur plat un petit fer à cheval, dont l'une des extrémités serait soutenue par des branches assez fortes pour maintenir le parallélisme des mors pendant leur rapprochement. La courbure et le volume de l'instrument seraient tels que celui-ci put, après la résection de l'utérus, être facilement supporté dans le vagin, jusqu'à la section du pédicule ».

Mais RÉCAMIER se contentera de tirer les marrons du feu !

Deuxième cas. — S'il n'y a pas prolapsus.

a) Abaisser jusqu'à la vulve l'utérus malade avec une pince de MUSEUX ;

b) Incision du vagin et du péritoine en avant et en arrière du col, en suivant la surface de l'utérus ; « en le rasant de très près, afin d'éviter les uretères et le fond de la vessie ».

Incision prolongée jusqu'aux ligaments larges.

c) Ligature au-dessus de chaque ligament, passée par sonde de BELLOC, fixée avec serre-nœuds ;

d) Opération terminée comme dans cas de prolapsus « en réséquant l'utérus de manière à ne laisser de

chaque côté qu'un petit moignon pour les soutenir ».

Troisième cas. — Pas de prise pour l'abaissement (col détruit ou excisé).

a) Incision du vagin et du péritoine en avant et en arrière du col, en remontant sur la surface de l'utérus.

b) Possibilité de porter la pince de MUSEUX sur l'utérus par les deux ouvertures ainsi faites, de l'abaisser jusqu'à la vulve; terminer par deux ligatures latérales et sectionner les ligaments près de la matrice.

Quatrième cas. — Impossibilité d'abaisser l'utérus sans section des ligaments.

Ce fut le procédé que RÉCAMIER employa sur le cadavre en 1818, à l'Hôtel-Dieu.

a) Ouverture du vagin en avant du col et en arrière ;

b) Lithotôme du frère CÔME porté en avant dans le péritoine, incise vagin et péritoine le long de l'utérus en le retirant, jusqu'au ligament large correspondant; même chose en arrière.

c) Ligature sur chaque ligament large.

d) Col saisi par la pince de MUSEUX ; incision des ligaments près de la matrice.

Par l'exposé de ces quatre méthodes différentes selon la nature de l'obstacle anatomique, on peut se rendre compte avec quelle précision et quelle variété d'attitude, RÉCAMIER avait mis au point cette thérapeutique du cancer utérin. Ce sont ces essais préparatoires, esquisses avant le grand œuvre, qui permettront à RÉCAMIER, de connaître le succès dans son opération célèbre, fixée à jamais dans sa technique rigoureuse et définitive.

ABLATION DE L'UTÉRUS CANCÉREUX

Voici, détaillée, l'observation de la première hystérectomie vaginale de RÉCAMIER, pratiquée avec une méthode sûre et une technique sans aléas.

Il s'agissait d'une brodeuse en éventails, âgée de 50 ans et présentant un « ulcère sordide et fongueux » du museau de tanche avec extension vers la paroi recto-vaginale. L'utérus était mobile, la liberté du rectum et de la vessie était complète.

Aucune des contre-indications opératoires posées par RÉCAMIER ne se présentant, l'opération fut décidée avec l'avis de BRESCHET, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. L'opération eut lieu le 26 juillet 1829, devant une assistance aussi nombreuse qu'empressée, ainsi composée :

le Professeur MARJOLIN, chirurgien-chef de l'Hôtel-Dieu,

le Docteur BRESCHET,

le Docteur BLANDIN, chirurgien de Beaujon,

le Docteur PATRICE, des médecins français et étrangers et les élèves du service.

Technique opératoire

1° La malade fut mise sur un lit un peu incliné, comme pour l'opération de la taille;

2° Une forte pince-érigne est posée sur la lèvre antérieure du col, — pour mieux pratiquer l'abaissement, une autre pince est placée sur la tumeur ; celle-ci est aussitôt amenée jusqu'à la vulve;

3° Du fait du développement de la tumeur, RÉCAMIER reconnaît l'impossibilité de lier l'artère utérine avec sûreté sans passer le doigt derrière le ligament large ;

4° Après avoir reconnu que la vessie n'était pas

prise dans la pince, il pratique incision semi-circulaire du vagin ;

5° Décollement de l'espace cellulaire rétro-vésical ;

« J'évitai de me servir du bistouri, afin de ne risquer d'entamer ni ce dernier organe (la vessie), ni la tumeur, ni les uretères ».

6° Incision du repli péritonéal vésico-utérin ; agrandissement de la brèche péritonéale ; abaissement de l'utérus par bascule ;

7° Section de haut en bas des 2/3 supérieurs des ligaments larges. « La section des ligaments étant faite pendant leur tension, je regardais comme impossible que la section de la petite artère ovulaire pût donner lieu à une hémorragie importante, contre laquelle j'avais d'ailleurs en réserve divers moyens répressifs :

D'abord, j'aurais serré et tordu l'extrémité du vaisseau avec les ongles de l'index gauche et du pouce ; si l'hémorragie avait continué, j'aurais passé une aiguille très courbe avec un fil et j'aurais posé un serre-nœud ; ou bien, j'aurais embrassé le ligament large coupé à l'endroit de l'hémorragie, avec une lame de plomb, recourbée comme une pince, que j'aurais serrée et laissée en place, après lui avoir adapté un fil pour la retirer plus tard.

Afin de rendre ces différentes manœuvres faciles en cas de nécessité, j'eus soin de ne couper que lentement les ligaments larges, — de cette manière, je me ménageais la facilité de retenir près de la vulve le point d'où partirait le sang. Au reste, on sentira à la réflexion, qu'une artère aussi petite que l'artère ovulaire, coupée d'une manière quelconque dans le moment d'une tension aussi grande que celle qui est nécessaire pour abaisser l'utérus, éprouve immédiatement une rétraction si forte qu'il est impossible qu'elle donne une hémorragie sérieuse ».

8° Ligatures sur les artères utérines ; les ligaments sont achevés d'être coupés.

9° Incision du vagin postérieurement après section du cul-de-sac de DOUGLAS ; séparation du vagin d'avec le rectum.

CRITIQUES

Avec une impartialité que je tente de conserver, je dois aussi faire la critique de l'opération de RÉCAMIER. Elle se résume en un seul reproche d'importance : l'absence de ligature sur le pédicule utéro-ovarien. Il n'a pas saigné d'accord. Mais chacun sait les risques d'hémorragie grave donnés par la béance de ce pédicule. Lorsque, pour une raison quelconque, la pince vient à lâcher et que le pédicule se rétracte à l'intérieur du ligament large, on sait combien il est difficile de le pincer à nouveau, même dans une hystérectomie par voie abdominale.

Cependant, on doit reconnaître le mérite de RÉCAMIER qui avait prévu les différents moyens d'hémostase, jusqu'à l'emploi de cette lame de plomb, la future pince à forcipressure. De plus, quand il pratique la section des ligaments larges, ce n'est pas une section brutale et rapide — il la fait progressivement afin de repérer le vaisseau qui saigne et de rester maître de l'hémorragie.

Il décolle l'espace rétro-vésical au doigt afin de ne blesser ni la vessie ni les uretères. Il prévient l'issue des anses intestinales et ne sera point gêné par elles.

Toutes ces précautions caractérisent déjà une opération bien réglée, dont la technique est fixée dans ses moindres détails avec la parade immédiate si des accidents surgissent. Nous sommes loin de l'improvisation hasardeuse de ses devanciers.

Les suites opératoires seront caractérisées par une

réaction péritonéale assez marquée et des signes d'hémorragie enkystée, vraisemblablement due au saignement tardif du pédicule utéro-ovarien.

Le dixième jour, la malade a des pertes abondantes et fétides ; RÉCAMIER n'hésitera pas à ordonner des injections vaginales, sachant déjà qu'il avait fait disparaître par des lavages identiques la fétidité de certains empyèmes.

Le trente et unième jour après l'opération, le vagin et la plaie sont en excellent état, sans suppuration, l'état général est bon, la malade se lève et marche, son ventre est souple et sans douleur.

Les Professeurs DUBOIS, DUPUYTREN, LISFRANC, MARJOLIN, ROUX et RICHERAND, après avoir examiné la malade, ont vérifié et déclaré la guérison.

Comme toujours, RÉCAMIER va retirer des enseignements de cette intervention ; il n'hésitera pas plus à se critiquer qu'à tenter de convaincre ses confrères de l'utilité de l'hystérectomie.

Tout d'abord, il fera le parallèle entre l'excision du col et l'ablation complète :

« Dans l'excision, la malade a contre elle les chances d'hémorragie, les inconvénients du tamponnement et les accidents de l'inflammation traumatique de l'utérus mutilé, lequel conserve son ascendant sur l'organisme, sans pouvoir lui être désormais d'aucune utilité.

« Dans l'ablation, la malade n'a aucune hémorragie à craindre ; elle n'est fatiguée par aucun tamponnement et n'a à supporter que l'inflammation du moignon des ligaments, en l'absence de l'organe utérin et de sa réaction sur l'organisme. L'ablation paraît préférable à l'excision, à moins que l'affection ne se borne strictement au museau de tanche ».

Ensuite, RÉCAMIER exposera les raisons qui recommandent son procédé :

La sécurité de la malade par suite d'un procédé simple, régulier et applicable à tous les cas où la maladie s'est limitée au corps utérin ;

Le caractère accessoire pour la vie des parties donna l'amputation est nécessaire ;

La facilité de placer sûrement des ligatures sur les artères utérines.

Honnêtement, il n'ignore pas non plus les dangers de l'opération ; il les résume ainsi dans :

L'excès d'irritabilité du sujet (évidemment, à cette époque où l'anesthésie générale était inconnue, cette cause ne devait pas être sans importance sur la sûreté de l'opération et les accidents post-opératoires) ;

L'hémorragie ; « par le procédé employé, elle est nulle » ;

La sortie des viscères ;

L'inflammation du péritoine ;

L'abus de l'opération.

« Quelle est la famille qui se fierait au premier venu sur la réussite d'une semblable opération, et quel est l'homme de l'art honnête, qui prendra sur lui de la pratiquer, sans s'entourer de toutes les lumières qu'il pourra réunir ? »

Telles sont les nobles paroles par lesquelles RÉCAMIER termine l'exposé de sa technique personnelle de l'hystérectomie vaginale. Dans les pages qui précèdent, on a déjà constaté le souci avec lequel RÉCAMIER recherchait les avis les plus autorisés. Malgré sa prudence, il sait que l'homme n'est pas infailible — s'il surpasse de très haut la technique chirurgicale des hommes de son temps, il sait allier l'audace à l'humilité et rechercher l'approbation de ses pairs pour justifier devant le monde, ses initiatives de guérisseur.

Si cette noblesse d'attitude ne fut pas comprise de ses contemporains, elle sanctionne autant la vanité

jalouse de ceux-ci que la rare conscience professionnelle de RÉCAMIER.

Le 23 janvier 1830, RÉCAMIER pratiquera une seconde hystérectomie par le même procédé. Il fut aidé par LISFRANC, BROUSSAIS et AMUSSAT. La seule différence consiste en ce fait que les ovaires et les trompes furent enlevés avec la matrice ; les risques d'hémorragie étaient ainsi plus accusés que dans la première opération. BLANDIN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui rapporte cette observation, ne manque pas de le dire :

« M. RÉCAMIER n'hésita pas à nous faire remarquer, après l'opération que c'était contre son gré que l'ovaire et la trompe avaient été enlevés ; de la sorte, la malade était plus exposée à une hémorragie car l'artère ovarique avait été coupée au-dessus du lieu de sa destination et aucune ligature n'avait pu être jetée sur elle ».

Les prévisions seront confirmées : la malade mourra le lendemain d'hémorragie.

Quoi qu'il en soit, RÉCAMIER avait discuté cette question avec ses assistants. L'expérience lui aurait été profitable. Si l'Académie de Médecine ne lui avait pas défendu de tenter cette opération à nouveau, il est très vraisemblable de croire que, dès 1830, la technique de l'hystérectomie vaginale aurait été identique à celle de 1930. Ceci n'est pas un vœu personnel, une réflexion qui m'appartient ; il suffit d'écouter BLANDIN après son échange de vues avec RÉCAMIER :

« Peut-être, au moins, c'est une opinion que le cas présent nous a suggéré, peut-être pourrait-on se dispenser de couper le bord supérieur du ligament large et de le comprendre dans le reste de la ligature : — on éviterait ainsi toujours l'hémorragie de l'artère ovarique, et cet avantage peut-être compenserait-il et au delà, l'irritation du péritoine ».

La même année, en 1830, CLÉMENT, élève de RÉCAMIER, montre dans sa thèse inaugurale, tout l'enthousiasme qu'il éprouve pour cette « opération nouvelle, par conséquent susceptible d'amélioration ». Il recommande de ne pas prendre toute l'épaisseur du ligament large dans la même ligature, mais d'agir comme dans la castration, de lier isolément les artères.

Il n'est pas défendu de croire que la thèse inaugurale d'un élève est le reflet fidèle de la pensée du maître, la mise au point de ses travaux et découvertes personnelles, une collaboration enthousiaste pour la propagation d'un sujet qui lui est cher. A ces titres, on peut accorder aux conclusions de CLÉMENT toute l'ampleur et l'originalité de la pensée du maître : or, voici l'exposé de la technique recommandée par CLÉMENT, interprète de RÉCAMIER :

Introduction du spéculum utérin pour placer la pince érigne, ou tout autre instrument selon les circonstances ;

Abaissement de l'utérus ;

Incision du vagin antérieurement et postérieurement ;

Dissection du tissu cellulaire avec les doigts ;

Antéversion de l'utérus ;

Enfin, ligature isolée des vaisseaux et section des ligaments larges.

Dès cette époque, RÉCAMIER et ses élèves avaient fixé bien avant CLAY, Kœberlé et Péan, la technique améliorée qu'ils n'auront qu'à emprunter. Heureusement pour eux que l'Académie de Médecine en interdisant à RÉCAMIER de faire rejaillir sur elle un peu de sa propre gloire, leur a permis d'acquérir ainsi une juste célébrité.

Car cette intervention magistrale de RÉCAMIER fut proscrite par ses pairs. Leur verdict montre toute la précarité des jugements portés par les contempo-

rains ; en fait d'innovations et d'idées géniales, dont les conséquences dépassent le niveau scientifique d'une époque, il est dangereux pour les adversaires d'émettre un jugement qui soit toujours sanctionné par la postérité. Seul le temps porte en lui-même le jugement définitif.

Les praticiens courageux et avisés qui soutinrent RÉCAMIER et son intervention furent : BRESCHET, DENEUX, FERRUS et LISFRANC.

Les principaux responsables de cette erreur historique furent : BOYER, ROCHOUX, SERRES et DUPUYTREN.

Le rapport de l'Académie de Médecine, présenté par le glorieux LARREY, condamne l'opération de RÉCAMIER sur les raisons suivantes :

1° Rôle primordial que joue l'utérus dans l'économie ;

2° Action d'équilibre qu'exerce celui-ci sur la statique du bas-ventre ;

3° Danger de léser les viscères contigus à l'utérus ;

4° Enfin, principal argument : « sur 17 opérations de ce genre, pratiquées par des chirurgiens renommés de différents pays, 13 sujets ont succombé peu d'heures après l'extirpation, et l'une des femmes opérées par M. DELPUECH fait la quatorzième ; les trois autres ont également péri, quoique parvenues à une distance de plusieurs mois de l'opération. Il est à craindre qu'il en soit toujours de même lorsqu'on opère dans la propre cavité du bassin. » (Séance du 22 novembre 1830).

Ignorance des organes nécessaires aux fonctions vitales, légèreté d'argumentation, mauvaise foi insigne quant au danger de léser les viscères, abus d'une autorité qui ne relève pas d'une expérience consacrée, tels ont été les motifs officiels pour condamner cette opération — qui marquait une date historique dans la naissance de la gynécologie française.

Evidemment, il y eut des fautes commises par les chirurgiens qui voulurent exécuter l'opération de RÉCAMIER ; mais quelle est l'opération, quel est l'opérateur qui parviennent à la sûreté et l'habileté d'exécutions dès la première tentative ?

Ce n'est pas l'opération qui est coupable, mais l'opérateur ; si celui-ci avait suivi à la lettre les indications de RÉCAMIER, il aurait, lui aussi, assuré la vie de sa malade.

Et puis, il faut laisser au temps son rôle bienfaisant ; l'instrumentation aurait été améliorée, la technique opératoire serait devenue presque infaillible, et l'intervention aurait été accessible aux chirurgiens de cette époque comme elle l'est devenue pour les chirurgiens modernes.

La chirurgie française fut victime de l'ostracisme lancé contre RÉCAMIER et sa découverte. Elle se réserva ainsi l'inégalable saveur de voir revenir cette invention après son passage à l'étranger. Comme toujours, les inventions françaises n'acquièrent d'importance à nos yeux qu'à partir du moment où elles ont été dénationalisées.

Respectueux de l'étranger, sévère envers les siens, le caractère français demeure immuable.

« Ce n'est qu'à partir de 1882, après les opérations de PÉAN, que les chirurgiens français se décidèrent à adopter une opération que, plus d'un demi-siècle auparavant, RÉCAMIER avait inaugurée, perfectionnée et réglée, dans tous ses temps, et qui marque une date historique dans l'histoire française de la gynécologie. »

III

Colpotomie

La colpotomie postérieure fait partie de cette triade opératoire inventée et mise au point par RÉCAMIER. Il ne lui restera plus qu'à préciser les indications et la technique du curettage pour terminer le cycle de ses innovations gynécologiques.

Du temps de RÉCAMIER, lorsqu'un chirurgien faisait le diagnostic de collection pelvienne suppurée, il était arrivé au bout de sa tâche. Eprouvant une grande prédisposition à l'expectative, il se contentait de recommander des cataplasmes et des sangsues sur l'hypogastre, attendant ainsi que la tumeur veuille bien s'ouvrir spontanément soit à l'hôpital, soit dans un autre monde. Ce qui n'était pas sans inconvénient pour la malade !

RÉCAMIER recherchait depuis longtemps l'existence des suppurations pelviennes au moyen du palper combiné et du toucher vaginal et rectal associés. Ayant précisé par ces examens répétés la situation et l'évolution de ces tumeurs liquides du petit bassin, il passe aussitôt au geste thérapeutique qui devait évacuer ces collections en évitant aux malades la cachexie des suppurations fermées.

« Des faits positifs m'ont convaincu que le diagnostic pouvait acquérir assez de certitude pour permettre de tenter une opération qui a pour objet de donner issue au liquide contenu dans la poche et d'obtenir l'adhésion de ses parois. »

Après ses premiers succès, RÉCAMIER voulut communiquer ces résultats à ses collègues et propager cette technique nouvelle qui changeait d'une manière aussi catégorique le pronostic des suppurations pel-

viennes. Bourdon, dans *la Revue Médicale* de juillet 1841, raconte les efforts de RÉCAMIER à ce sujet et l'inaltérable incrédulité qu'il rencontre, une fois de plus, près de ses confrères. Si bien que, durant une vingtaine d'années, RÉCAMIER sera le seul à pratiquer cette colpotomie postérieure, dont il fixa, là aussi, les indications et les règles définitives.

MODE OPÉRATOIRE

RÉCAMIER se sert d'un instrument spécial, peu différent du pharyngtome. C'est un bistouri convexe dont la pointe et le tranchant sont masqués à volonté par une lame d'argent de même forme, mais un peu plus large. Cette lame glisse sur le dos du bistouri au moyen d'une coulisse et se termine du côté du manche par un prolongement qui sert à la faire mouvoir.

La malade est mise en position gynécologique :

La tumeur vaginale est reconnue par le palper, le toucher vaginal et rectal, procédés d'investigation sur lesquels RÉCAMIER s'étend longuement.

Une fois la tumeur reconnue, le doigt gauche est introduit dans le vagin vers le cul-de-sac postérieur; l'instrument suit la pulpe du doigt. « Arrivé à une profondeur convenable, RÉCAMIER démasque la lame d'une certaine longueur et la plonge dans la tumeur jusqu'à ce qu'il éprouve la sensation d'une résistance vaincue et qu'il sente ou voit un liquide s'écouler ».

La boutonnière est faite dans le sens vertical pour éviter les artères utérines, et l'on agrandit à volonté l'ouverture ainsi formée.

Il recommande de ne pas trop enfoncer l'instrument afin d'éviter de léser les anses intestinales prolabées dans le bassin. Pour ne point toucher au rectum, il conseille, quand on opère sur la paroi postérieure

du vagin, de reconnaître par le toucher rectal, à quelle distance de cet intestin se trouve l'angle inférieur de la plaie.

L'abcès, une fois évacué, on lave la poche avec des injections d'eau tiède, en cherchant à la maintenir remplie d'eau (selon le système qu'il employait déjà pour l'empyème).

LAROYENNE, en 1886, viendra communiquer le résultat de ses colpotomies. Malgré le mérite de ce chirurgien, ce serait faire œuvre ingrate et méconnaître l'historique des découvertes que de lui attribuer le privilège de cette innovation. Aussi il est plus légitime d'appeler cette colpotomie postérieure l'opération de RÉCAMIER, avec le respect dû aux véritables inventeurs.

IV

L'abrasion utérine

Avant RÉCAMIER, le traitement des métrites était des plus décevants, les soins hygiéniques et les caustiques n'amenant jamais la résolution complète de l'infection latente. Chose curieuse, si les accoucheurs, de ce temps, n'hésitaient pas à porter la main dans l'utérus pour pratiquer une délivrance artificielle, il ne venait pas à l'esprit des chirurgiens d'employer ce procédé à des fins curatrices. RÉCAMIER, là encore, sera le véritable novateur.

S'inspirant de LEVRET, qui, au siècle précédent, introduisait une sonde dans la cavité utérine pour en explorer la profondeur, il se servira à son tour d'un cathéter d'étain pour pénétrer dans l'utérus. Fait significatif, les traités d'opération chirurgicale de cette époque ne parlent pas de ce mode d'investigation.

RÉCAMIER, pour aborder au méthode d'abrasion utérine, se basera sur deux idées principales :

Le cathétérisme manuel ne doit pas être plus dangereux que celui employé par les accoucheurs, sous la forme de forceps ;

La manœuvre du forceps est longuement détaillée dans les traités, mais on n'a jamais songé à indiquer « la manière de nettoyer l'utérus sans violences et d'une manière inoffensive après l'accouchement ».

Reconnaissant à l'aide du toucher et de la sonde, la présence intra-utérine de fongosités, de petits fibromes, d'altérations métriques, il devait passer rapidement à l'exécution de son idée. Il réalisera ainsi la méthode qu'il appelait abrasion utérine, notre moderne curettage.

Dans son long mémoire sur les « Productions fibreuses et fongueuses intra-utérines », RÉCAMIER pose les indications de cette méthode avec une telle précision, un tel sens clinique qu'elles sont encore observées à notre époque. Il recommande ce procédé d'abrasion pour :

Les métrites hémorragiques et catarrhales ;

L'ablation des polypes muqueux ;

Le traitement des hypertrophies folliculaires du col ; il n'oublie pas l'indication principale qu'est la rétention placentaire.

« J'ai cru pouvoir supposer qu'à la suite des accouchements, il pouvait rester dans certains cas, des lobes plus ou moins considérables de placenta adhérents, et j'ai conclu qu'après les accouchements le gorgéret-curette était préférable à la main pour nettoyer tout doucement l'intérieur de l'utérus des caillots et des débris placentaires non expulsés, ou qui seraient adhérents à la surface interne de l'utérus ».

Il fera toujours suivre un tel curettage par une injection intra-utérine, car il connaît bien « la relation

étroite entre l'état de l'organe et les infections septiques ».

RÉCAMIER étant persuadé de l'accessibilité de la cavité utérine à l'exploration manuelle ou instrumentale, son premier effort de novateur et de praticien sera dirigé vers la réalisation d'un instrument approprié au but qu'il s'est proposé.

Pour cela, il conçoit un moyen d'abord que nous utilisons toujours : la curette utérine.

Le gorgeret-curette de RÉCAMIER était une tige métallique de 30 centimètres de long, qui offrait à chacune de ses extrémités une courbure lui permettant de s'adapter à l'axe d'orientation de l'utérus. Les courbures sont disposées en sens inverse l'une de l'autre, les bords concaves formant une gouttière, dont les arêtes sont mousses mais suffisamment minces pour ruginer la muqueuse.

C'était déjà l'instrument idéal qui convenait au double but proposé : épouser la direction de la cavité utérine, nettoyer la muqueuse avec efficacité sans léser ses tissus. Aussi connaîtra-t-il la postérité avec son inséparable frère aîné : le spéculum utérin.

Ayant ainsi mis au point l'instrument parfait sans lequel on ne conçoit pas l'investigation et la thérapeutique intra-utérines, RÉCAMIER va développer sa technique opératoire avec une telle précision initiale, qu'elle sera adoptée intégralement par tous les praticiens à venir.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

RÉCAMIER ne se sert pas du spéculum, car sa rigidité sera préjudiciable pour suivre les inflexions de l'utérus. Il reconnaît d'abord l'orifice interne du col avec le doigt :

« Je passe le médius dans le rectum et derrière l'u-

térus pour reconnaître, redresser et régler sa direction et celle de sa cavité, dont je suis de cette manière toutes les inflexions avec sûreté ».

Puis, fixation du museau de tanche avec la pince de MUSEUX ;

Dilatation progressive du col ;

Introduction du gorgeret dans la cavité ;

Mouvements de va-et-vient, verticaux et de *circumduction* jusqu'à ce que la surface utérine lui apparaisse plane, avec tissu sain et souple ; la face concave de l'instrument est dirigée en haut, afin de ramener le plus possible de débris fongueux.

Le nettoyage de la cavité utérine étant terminé, RÉCAMIER fera une cautérisation de la muqueuse, soit au nitrate d'argent, soit au nitrate acide de mercure. Il avait utilisé pendant un certain temps les lavages de la cavité avec de l'eau bouillie tiède ; lavages qu'il abandonnera bientôt, ne pouvant assurer le retour facile du liquide injecté dans la matrice.

Lorsque RÉCAMIER aura affaire à une tumeur sessile de la cavité utérine, il emploiera le procédé suivant :

Incision du col latéralement ;

Introduction de longues pinces à polypes ;

Broiement ou énucléation de la tumeur ;

Abrasion terminale avec la curette.

Mais ces derniers résultats ne seront pas encourageants ; sans doute parce qu'ils relevaient de l'incision du col provoquant une hémorragie assez importante et des mutilations définitives.

RÉCAMIER, en inaugurant sa méthode, avait fixé à jamais les indications et la technique du curettage. Qu'avons-nous changé depuis ? Les indications sont les mêmes, les différents temps sont semblables : dilatation, introduction de l'instrument, abrasion, cautérisation ; même l'instrument n'a pas changé dans

son principe, c'est la curette type dont nous nous servons toujours.

Les contemporains de RÉCAMIER restant fidèles à l'attitude observée envers lui, celui-ci recevra le même accueil que pour ses autres innovations ; il sera critiqué par ses pairs, par ses collègues, même par ses meilleurs amis. C'est ainsi que le fidèle GOURAUD écrira à ce sujet :

« Nous croyons qu'il s'est quelquefois abusé sur la nécessité ou l'utilité de certaines manœuvres chirurgicales non innocentes, comme lorsqu'il insistait avec tant de force sur le cathétérisme de l'utérus pour chercher dans l'intérieur de sa cavité des germes de polype, et l'exemple d'un homme aussi éminent et aussi sincère a pu autoriser des opérations dangereuses, qui n'auraient point dû être pratiquées ». Heureusement que le fidèle GOURAUD s'intitule : disciple et ami !

Quels encouragements trouvait donc RÉCAMIER près de ses contemporains quand ses amis n'hésitaient pas à critiquer ses découvertes, animés davantage par le droit de contrôle que par le devoir de l'amitié ?

RÉCAMIER ne pouvant appliquer sa méthode avec autorité et indépendance d'action, cette innovation tombait d'elle-même : comme l'hystérectomie et la colpotomie, l'abrasion utérine disparaissait de la pratique. Sort habituel et funeste des découvertes géniales de ce grand novateur !

La plus grande injustice de ce siècle médical est l'ignorance dans laquelle on a tenu les découvertes véritablement originales de RÉCAMIER. Devançant d'un siècle la pratique chirurgicale moderne, n'étant jamais rebuté par les cabales et les oppositions dans l'établissement de ses idées géniales, il puise une force nouvelle à chaque combat et ne cherche l'approbation que dans sa rigueur d'esprit et le souci d'améliorer le sort de ses malades.

Il fut l'artisan de la gynécologie. La naissance de celle-ci coïncide avec ses propres découvertes. Cette partie de la science médicale, redevable de tant de succès et d'améliorations sera le fruit longuement mûri d'une patience d'action et d'une ampleur de vues, auxquelles nous devons tout.

A chaque fois que nous sauvons la vie d'une malade atteinte d'affection pelvienne, soyons assez juste et assez grand pour offrir un peu de ce succès à la mémoire de RÉCAMIER — le plus méconnu des hommes de son temps.

CHAPITRE DEUXIEME

Autres découvertes de Récamier

Malgré l'importance de ses innovations en gynécologie, il ne faut pas croire que RÉCAMIER connut cette spécialisation bien cloisonnée que nécessite aujourd'hui la diffusion sans égale de la science médicale. Bien au contraire, il ne limita pas son activité à la pathologie utérine. Pour lui, l'individu forme une entité vivante pleine d'harmonie — si l'un de ses éléments constitutants connaît la souffrance et le déséquilibre, la répercussion se fera sentir sur tout l'organisme, et il n'entreprendra jamais une thérapeutique sans avoir fait le bilan complet des organes de son malade.

RÉCAMIER sait depuis longtemps que la maladie peut être dans la totalité de l'organisme ; il sait aussi que toute maladie peut être considérée comme une perturbation du mouvement vital et par suite, qu'elle doit disparaître par le renouveau d'équilibre de ce mouvement. Il se souvient, selon HIPPOCRATE, « qu'il y a dans le corps humain des solides, des liquides et des forces » et que l'état de santé ne relève que de la parfaite harmonie entre ces trois éléments. Ami de BICHAT, il devait apporter à la connaissance de l'anatomie pathologique un intérêt considérable ; ce fut lui, d'ailleurs, qui inaugura à l'Hôtel-Dieu, la pratique des

nécropsies. Par là, il se mettait à même de contrôler sa sagacité clinique par l'étude des lésions causales. Mais cette étude ne résumait pas pour lui toute la médecine ; il attribuait autant d'importance aux antécédents du malade, à l'étiologie de son affection, à son comportement spécial selon les dispositions de l'économie individuelle. Persuadé que la maladie résulte d'un conflit entre les fonctions vitales communes et celles propres à un organe, il cherchait à réveiller les synergies vitales pour rétablir cet équilibre physiologique rompu par la maladie.

Nous n'avons pas le loisir d'étudier RÉCAMIER en tant que médecin, bien que dans cette partie de son art, il n'ait pas été inférieur au chirurgien ; faudrait-il citer que cette thérapeutique par les bains froids qui nous reviendra de nombreuses années plus tard, sous le nom de méthode de BRANDT. Ce que nous voudrions préciser chez RÉCAMIER au point de vue chirurgical seulement, c'est cette vue d'ensemble jetée sur l'organisme souffrant, cette universalité dans la recherche thérapeutique, cette curiosité toujours en alerte pour les manifestations diverses du mal et des moyens propres à l'enrayer. C'est sur ses lèvres que nous pouvons mettre le noble vers de TÉRENCE : « Je suis homme : rien de ce qui est humain ne m'est étranger ».

Nous nous sommes assigné la tâche d'étudier RÉCAMIER en tant que chirurgien ; malgré ce qui peut en coûter de laisser dans l'ombre son œuvre de médecin, ce n'est pas réduire sa gloire que d'abandonner ce chapitre de son activité professionnelle ; n'aurait-il donné naissance qu'à sa technique gynécologique, il aurait droit à la consécration humaine conférée au génie. Mais, et c'est là où l'on demeure stupéfait devant l'universalité de son œuvre, RÉCAMIER ne verra arrêter ses dons d'investigation par aucun obstacle ;

aucune région du corps humain ne demeurera inaccessible au doigt qui la tourmente, à l'esprit qui le conduit. Parce que, avant d'être le spécialiste d'une certaine pathologie, il fut avant tout le médecin de la vie.

Nous avons déjà parlé antérieurement des indications opératoires posées par RÉCAMIER, quant à l'extraction des kystes de l'ovaire — nous ne nous attarderons pas davantage ; il faut souligner seulement que cette recherche est la conséquence même de ses découvertes gynécologiques, en particulier la colpotomie. Cette intervention l'a renseigné exactement sur les tumeurs abdominales à développement initial dans le petit bassin ; logiquement il devait tenter de les guérir par le même procédé — c'est-à-dire la ponction du cul-de-sac postérieur. Quelques expériences malheureuses le convaincront, de l'impossibilité de cette tentative. Loyalement et opportunément, il ne s'attardera pas à ce moyen inutile ; il proposera la laparotomie médiane, ayant la certitude que souventes fois, ces kystes sont très pédiculés et par suite d'extraction facile — lorsqu'aucune adhérence ne vient compliquer cette tâche.

Victime de la proscription édictée par ses confrères chirurgiens, entre autres DUPUYTREN et BOYER, il ne tentera pas de réaliser cette intervention dont l'avenir devait confirmer magnifiquement les prévisions ; parce que s'il était un oseur, il était aussi respectueux de l'avis de ses pairs et des jugements étrangers auxquels il attribuait la même conscience qu'aux inspirations qui le guidaient.

Kyste hydatique du foie

Les chirurgiens modernes sont souvent appelés à exécuter une intervention radicale de certains kystes

du foie, déterminés par un parasite aussi tenace que prolifique. Placé devant un tel cas, le praticien moderne n'hésitera pas : il tentera l'extirpation du kyste hydatique, suivie parfois de marsupialisation de la poche ou plus souvent de la coaptation de ses parois.

RÉCAMIER, en 1826, fixe les signes propres à cette affection et réalise sa cure définitive. Avant lui, on arrivait à poser le diagnostic de kyste hydatique par élimination progressive, ce qui laissait une marge d'inconnu pour l'exactitude du diagnostic. RÉCAMIER trouva deux signes pathognomoniques de cette affection ; si l'un fut abandonné à cause de sa nocivité, l'autre demeure intégral dans son importance, lorsqu'il existe.

Ce sont le frémissement hydatique et la ponction exploratrice.

Parce qu'il possédait le génie inductif, RÉCAMIER trouva ce premier signe ; mais il posséda la sagesse de contrôler cette intuition par la méthode expérimentale. Pensant, à juste titre, que cette sensation spéciale était produite par le heurt des vésicules filles plongées dans un liquide « clair comme de l'eau de roche », il réalisa ces mêmes conditions d'une manière expérimentale — c'est-à-dire, de placer ces hydatides dans une vessie à parois minces, remplie de liquide. L'expérience étant concluante, il poussera le dédain des vanités humaines jusqu'à faire rédiger cette découverte par son élève MARTINET, afin d'en réserver l'apparente priorité à DEVAINE, en 1899 (*Revue Médicale*, 1827).

Quant à la ponction exploratrice, elle est justement condamnée de notre temps, étant donnés les risques de dissémination parasitaire et troubles anaphylactiques qu'elle engendre. Il n'en reste pas moins qu'à cette époque, c'était la seule certitude de faire le diagnostic et constituait un progrès clinique des plus heureux.

Si la recherche diagnostique passionne RÉCAMIER, le souci thérapeutique ne l'attire pas moins. Il va donc tenter la large ouverture de la tumeur ; mais il n'ignore pas le grave danger des interventions en péritoine libre ; aussi il réalisera des adhérences fibreuses circonscrites avant l'ouverture de la poche, afin d'isoler complètement le kyste hydatique de la grande cavité abdominale.

Premier temps. — Application d'un caustique efficace, potasse caustique ou pâte de Vienne, sur la paroi abdominale au niveau de la tumeur hépatique. — Formation d'escarres qui tomberont progressivement, entraînant la formation d'adhérences déterminant un puits d'accès ou de forage entre la peau et le kyste.

Deuxième temps. — Incision du kyste, qui donne large issue au liquide inclus ainsi qu'aux vésicules.

Troisième temps. — Lavages de la poche entraînant les derniers parasites, suivis de lavages antiseptiques pour éviter « la rétention des éléments septiques ».

Méthode qui paraît imparfaite devant les progrès de la chirurgie moderne, mais qui peut être considérée comme un succès certain à cette époque où aucune tentative n'avait été encore pratiquée contre l'évolution de l'échinocoquose.

Si ce procédé était long à aboutir et demeurerait impuissant contre l'évolution aiguë de ces tumeurs, il pouvait sauver la vie des malades et abréger leur infection dans la majorité des cas.

Chose curieuse, c'est la seule fois où RÉCAMIER ne subira pas au sujet d'une innovation chirurgicale, l'attaque de ses contemporains et le dédain de sa méthode. C'est ce que dit excellemment mon Maître L. SAUVÉ : « Il est piquant de constater que la seule méthode technique de RÉCAMIER que n'ait pas adoptée la postérité a été la seule qu'aient adoptée ses contemporains ».

Etant donné les succès que RÉCAMIER obtint avec cette méthode, l'enseignement résultant de son repérage hépatique et la manière de traiter ces kystes, il devait être naturellement porté à soigner de la même façon les abcès engendrés par les hépatites suppurées.

Plaçant son caustique sur un plan de plus en plus profond, selon la chute de l'escarre, il se frayait ainsi un chemin cloisonné jusqu'au foie. Arrivé sur celui-ci, il incisait la poche purulente et le pus s'évacuait naturellement par l'intermédiaire de ce puits, parfaitement étanche et séparé du péritoine libre.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ce procédé est la lenteur de l'évacuation attendue. Quand un malade est profondément infecté par une hépatite suppurée, il est de toute urgence de supprimer le foyer purulent le plus rapidement possible ; or, cette méthode d'accès par les caustiques demandait au moins une quinzaine de jours pour permettre l'incision de l'abcès en champ clos.

Il n'en reste pas moins vrai qu'à cette époque, cette méthode rendait des services inestimables et que la lenteur du procédé n'était pas incompatible avec la guérison des malades.

Opérations de l'empyème et de la fissure anale

Etudier les innovations chirurgicales de RÉCAMIER c'est exécuter un périple de découvertes aussi variées que surprenantes, dont chacune des étapes donne la mesure d'investigation et d'universalité de ce grand thérapeute.

En 1835, DUPUYTREN, qui tenait entre ses mains le sceptre de la chirurgie, comblé d'honneurs et de biens,

respecté de tous et suivi d'une cohorte d'élèves attentifs et enthousiastes, DUPUYTREN, le plus grand opérateur de ces temps, voyait venir avec sérénité l'heure fatale qui ne soucie plus des vanités humaines. Il se mourait d'une pleurésie purulente. Ses intimes lui conseillaient de se faire opérer. Désabusé, las d'une vie orgueilleuse menée sans refuges et sans idéal, il leur répondit par cette parole désenchantée : « Que ferais-je de la vie ? la coupe a été trop amère pour moi ».

Il n'est pas invraisemblable de penser que l'intervention de l'empyème eut reculé, peut-être, l'heure marquée par son destin. Or le bénéfice de cette intervention, DUPUYTREN l'aurait dû à celui qu'il condamna au nom de l'Académie de Médecine : RÉCAMIER.

Ce fut lui, en effet, le premier, qui ouvrit la cavité pleurale pour traiter les collections purulentes thoraciques. Désirant éviter la formation d'un pneumothorax, il incisait la plèvre sous l'eau, puis adaptait un tuyau de caoutchouc au drain qui évacuait le liquide pleural ; cet appareil, dont l'extrémité reposait dans un flacon rempli d'eau, réalisait ce merveilleux système de siphonnage employé encore aujourd'hui d'une manière courante.

Rarement vie médicale fut remplie d'une façon aussi continue et complète que celle de RÉCAMIER. On peut être étonné en compilant les découvertes mises au point par ce novateur sans égal dans la variété d'inspiration et la sûreté d'application. Jusqu'à l'heure de sa mort (1852), il combatta pour la défense de ses techniques personnelles ; sa dernière polémique sera entreprise contre BLANDIN, un de ses élèves, au sujet du procédé de cure des fissures anales, dont il était l'inventeur.

En effet, lorsqu'il s'agissait de guérir ces fissures de la muqueuse anale, terribles par les douleurs qu'elles engendrent, on pratiquait la dilatation forcée avec des bougies de plus en plus grosses. Ce procédé, parce qu'il était intolérable, fut remplacé par celui de BOYER. Lui, pratiquait l'incision du sphincter, qui faisait cesser le spasme. Mais la plaie était longue à guérir, l'incontinence de règle. La cautérisation n'eut pas plus de succès. C'est pourquoi DUPUYTREN pensait que « celui qui découvrirait le moyen thérapeutique de guérir la fissure sans opération, rendrait un incalculable service à l'humanité ».

A RÉCAMIER devait échoir cet honneur. Voici le procédé qu'il mit au point et auquel nous n'avons rien changé :

Il introduisait l'index et le médius de chaque main dans l'anus puis écartait les doigts en serrant fortement le sphincter, tout en prenant point d'appui sur le coccyx. C'est ce qu'il appelait la « dilatation cadencée ».

MAISONNEUVE, au contraire, introduisait successivement les doigts, puis la main entière — il refermait celle-ci dans l'ampoule rectale et la retirait sans l'ouvrir (DUPLAY et RECLUS, *Traité de Chirurgie*, t. VII). Ce procédé violent et inutile, déjà inutilisé avant Maisonneuve, fut attribué à RÉCAMIER par un de ses anciens élèves, J.-F. BLANDIN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, lors d'une de ses cliniques dans son service. Justement indigné, RÉCAMIER écrivit une lettre de rectification à BLANDIN, dont les termes sont aussi rigoureux que le ton en est digne :

« Je ne puis penser qu'un homme de votre considération dans la science ait cru sérieusement que j'ai proposé et employé un semblable procédé, d'autant moins que vous ne pouvez oublier nos conversations à ce sujet. »

Il précise alors sa technique — deux doigts, pression du sphincter sur le coccyx — pour terminer par ces lignes pleines de noblesse du vieux maître envers un élève et ami défaillant :

« Ne pouvant accepter comme mien que ce qui m'appartient et non pas ce qu'on peut voir la fantaisie de me prêter dans un but quelconque, et que je m'abstiens de qualifier, j'ai cru devoir ces éclaircissements à mon estime particulière pour vous. »

BLANDIN se rétracte vite, mêle la flatterie envers le vieux maître à la renonciation de son propre procédé, et termine en assurant RÉCAMIER « de la vive affection de votre sincère admirateur et confrère ».

A notre époque, nous endormons le malade ; cette pratique vient faciliter la cure radicale des fissures anales, mais la technique en usage relève toujours de celle de RÉCAMIER. Elle était simple, efficace, définitive ; elle devait passer à la postérité comme la majorité de ses découvertes.

J'ai tenté, dans ce court travail, d'apporter une modeste contribution à la réhabilitation de ce praticien aussi grand que méconnu ; entreprise déjà exécutée par des esprits plus compétents que moi-même, après GOURAUD, TRIAIRE, J.-L. FAURE, LENORMANT et SAUVÉ.

La pensée d'avoir entrepris une tâche qui m'est chère, le souci de relever l'erreur des hommes animés par l'envie et la mauvaise foi, la joie qu'on éprouve à fouiller les agitations du passé et les étapes de la conquête scientifique, portent déjà en eux-mêmes la récompense de mon travail.

Je me suis discipliné le plus possible dans l'interprétation des textes originaux et dans l'observance de la pensée des auteurs. J'espère n'avoir point trop fait œuvre de partialité ni donné l'impression d'avoir écrit en partisan. Si ceux qui liront ces lignes, poussés par la curiosité et l'indulgence, peuvent s'étonner de l'enthousiasme dont elles sont empreintes, qu'ils veuillent m'excuser en faisant un juste retour sur eux-mêmes, et se rappeler l'ardeur qui les mena quand ils défendirent la pensée de leurs maîtres et leurs travaux.

L'injustice des chirurgiens du xix^e siècle envers RÉCAMIER fut le principal mobile de cette entreprise ; le souci d'établir combien la gynécologie moderne est redevable à ce génie méconnu fut aussi un des éléments primordiaux de ce travail. Je n'oublie pas non plus, parmi ces motifs, le souci de défendre une thèse chère à un maître, dont l'offre de collaboration qu'il me fit est une des plus estimables sanctions.

Durant l'établissement de ce travail, j'ai trop donné de preuves que RÉCAMIER et son œuvre chirurgicale ne pouvaient trouver en moi qu'un ardent défenseur.

Aussi, pour rétablir l'équilibre des valeurs et la balance des jugements, je me permets de terminer ce travail par l'appréciation d'un contemporain de RÉCAMIER qui passa au crible les mérites et les qualités des médecins de son temps.

Si le jugement porté par lui paraît diamétralement opposé à la défense apportée par moi-même, je crois pouvoir revendiquer contre lui le suprême argument : celui que confère le recul du temps.

Voici ce qu'ose écrire SACHAÏLE DE LA BARRE, nouveau et pénétrant Argus :

« M. RÉCAMIER, il faut en convenir, est un de nos praticiens les plus connus ; mais cet avantage, le doit-il aux services qu'il a rendus à l'art ? Il est permis d'en douter ; car lorsqu'on fait la revue rétrospective de tout ce qui a été fait en faveur de cet art depuis le commencement du siècle, on en trouve pas grand'chose qui lui soit propre. Otez en effet les deux volumes qu'il a publiés en 1819 sous le titre de : « Recherches sur le traitement du cancer » et dont il donne en 1825 une nouvelle édition, suivie de Notes sur les forces et la dynamétrie vitales ; puis quelques articles fournis soit à la *Revue Médicale*, soit à divers autres recueils ; à l'emploi qu'il a un des premiers fait parmi nous du speculum et vous aurez fait, à très peu de choses près, tout l'inventaire de son bagage scientifique...

Qu'a perdu la science à cette retraite (sa démission du Collège de France lors de la monarchie de juillet) annoncée par les sacristains du noble faubourg comme une calamité publique ?

Pas grand'chose, dirons-nous encore, car à part certains éclairs d'érudition scolastique dont il semait ses leçons, ses cours n'ont jamais été qu'un assemblage d'idées mal assorties, d'opinions exagérées dépourvues de tout lien qui put leur donner l'apparence

d'une doctrine. Laissons donc M. RÉCAMIER faire des vœux pour un règne à tout jamais passé et invoquer autre chose que les bienfaits de la science pour le salut de ses malades ; remercions-le de l'usage qu'il a répandu parmi nous du speculum, pourvu toutefois qu'il l'emploie à quelque chose de plus rationnel que l'extirpation de la matrice et souhaitons, pour sa réputation de praticien, qu'il vienne lire à l'Académie quelque chose de plus sérieux que les communications qu'il a faites, il y a 2 ou 3 ans, sur la nécessité des lavements et la manière de préparer les cataplasmes. »

Lorsque SACHAILE DE LA BARRE écrivit ce pauvre écho, se doutait-il que la postérité ne retiendrait son nom que par la grâce de son illustre calomnié : RÉCAMIER ?

Conclusions

Il est de ces mémoires illustres, qui loin de redouter les atteintes du temps, grandissent avec sa durée. Dégagée des oppositions et des envies que soulèvent toujours les renommées vivantes et rivales, l'autorité d'un homme génial trouve sa considération dans la postérité qui rétablit l'échelle des valeurs.

RÉCAMIER bénéficiera de cette épreuve du temps. Lors du centenaire de l'hystérectomie vaginale, des auteurs qualifiés rendirent un juste hommage à son œuvre chirurgicale et rectifièrent l'erreur de ses contemporains.

RÉCAMIER subit une des plus grandes injustices de ce siècle médical. Il partagea avec LAËNNEC l'honneur d'avoir été combattu pour ses découvertes géniales et de s'être incliné devant le jugement de ses pairs.

J'ignore la genèse exacte de cette opposition forcée envers le plus grand novateur chirurgical du XIX^e siècle. J'aimerais croire qu'elle n'était que le fidèle rejet de consciences professionnelles hésitantes et soucieuses du respect de la vie. Je crois cependant qu'à travers le thérapeute génial, on a voulu atteindre l'homme public, le champion d'un certain spiritualisme honni par les nombreux partisans du matérialisme de cette époque. On n'a pas voulu juger RÉCAMIER en tant que praticien et précurseur ; on a consi-

déré ses innovations à travers le prisme trouble et déformant de ses convictions religieuses et politiques.

Attitude que notre époque n'admet plus, mais qui stigmatise l'intolérance de ce siècle envers un idéal non conformiste.

RÉCAMIER, une des plus nobles figures médicales du XIX^e siècle, oubliera les vieux errements de la médecine physiologique, pour employer ses profondes qualités d'investigation et d'intuition à l'essor de ces merveilleuses découvertes qui enfanteront la technique chirurgicale moderne.

Un praticien qui peut revendiquer pour son œuvre scientifique la triade gynécologique : hystérectomie vaginale, colpotomie et curettage, a droit à la consécration du génie chirurgical.

Cet homme qui ne possédait point les ressources de l'anesthésie générale et de l'asepsie, a su mettre au point une technique impeccable que nous n'avons fait qu'emprunter.

Ses éclairs de génie ont facilité notre tâche ; ils expliquent les succès que nous enregistrons aujourd'hui dans le traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes.

RÉCAMIER est le père de la gynécologie moderne.

Vu : *Le Doyen,*

BALTHAZARD.

Vu, *Le Président de la thèse,*

LENORMAND.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie,

CHARLETY.

Bibliographie

Atlas de Bourgery et Jacob, 1840.

J. AUDIFFRAY-ERAMBERT. — Dissertation sur les affections cancéreuses de l'utérus (*Thèse Paris*, 1830).

Bulletins de l'Académie de Médecine, 1856, t. XV.

F. BLANDIN. — Extirpation nouvelle de l'utérus (*Journal hebdomadaire de Médecine*, 23 janv. 1830).

BOURDON. — Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin et leur ouverture pratiquée dans le vagin (*Revue médicale*, juillet 1841).

P. BUSQUET. — Récamier (*Les Biographies médicales*, n° 23).

BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1823.

P. CARNOT. — La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Leçon inaugurale du 12 novembre 1827).

A. CLÉMENT. — Mémoire sur l'extirpation du l'utérus (*Thèse Paris*, 1830).

DUBOIS D'AMIENS. — Eloge de Récamier (*Mémoires de l'Acad. de Médecine de Paris*, 1856, t. XX).

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.

GALLARD. — La gynécologie à l'Hôtel-Dieu de Paris (Leçon d'ouverture pour l'inauguration de l'Amphithéâtre de gynécologie, 23 nov. 1886).

GIBERT. — Biscours prononcé aux funérailles de Récamier, au nom de l'Acad. de Médecine (*Gazette médicale de Paris*, 1852).

GOURAUD. — Eloge de Récamier (Paris, 1853).

GARASSE. — Considérations médico-chirurgicales sur la menstruation et le cancer de l'utérus (*Thèse Paris*, 1827 ; dédiée au Prof. Récamier).

Gazette médicale des Hôpitaux, 1852.

N ËL HALLÉ. — Eléments de philosophie médicale (Paris, 1926).

LASSUS. — Traité de pathologie chirurgicale, 1805.

Ch. LENORMANT. — Récamier (*Progrès médical*, n° 20).

— Le centenaire de l'hystérectomie vaginale. Sauter et Récamier (*Presse médicale*, n° 51).

J. MASSE. — De l'ablation des tumeurs par ligature divisée plusieurs pédicules (*Thèse Paris*, 1842 ; dédiée au Prof. Récamier).

PADIOLEAU. — Notice sur Récamier (*Journal de la Section de Médecine, Soc. Acad. de Nantes*, t. XXIX).

RAIGE-DEORME. — Etude sur Récamier (*Archives de Médecine*, 1827).

Revue médicale française et étrangère, des années 1825, 1827, 1829, 1831, 1838, 1841, 1843, 1852.

J.-C.-A. RÉCAMIER. — Recherches sur le traitement du cancer, 1829.

— Clinique médicale des années 1825 et 1827 recueillie par Martinet.

— Mémoire sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines (considérations sur le cathétérisme utérin) (*Union médicale*, 1^{er} juin 1850).

— Mémoire sur l'ablation de l'utérus cancéreux et sur les moyens de rendre cette opération praticable (*Revue médicale*, 1829).

— Mémoire sur les affections puerpérales (*Revue médicale*, 1831).

— Mémoire sur les polypes utérins, sous le point de vue de leur diagnostic et de traitement (*Revue médicale*, 1843).

— Recherches sur les phlegmons diffus de l'utérus (*Revue médicale*, 1843).

— Observation princeps de l'hématocèle (*Lancette française*, 1831).

- Recherches sur les flux hémorroïdaux (*Thèse Paris, 1799*).
- RICHERAND. — Histoire des progrès récents de la chirurgie (Paris, 1825).
- J. ROCHARD. — Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle (Paris, 1875).
- SACHAILLE DE LA BARRE. — Récamier (*Les Médecins de Paris, 1845*).
- L. SAUVÉ. — Récamier. La vie, l'œuvre scientifique, l'homme (*Bulletin Soc. Méd. de St Luc*).
- Récamier (*Médec. Internationale, 1^{er} janv. 1930*).
- Récamier (*Le Journal, août 1929*).
- TRIAIRE. — Récamier et ses contemporains (Paris, 1829).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre Premier. — Découvertes gynécologiques de</i> Récamier	26
I. — Le spéculum utéri de Récamier	26
II. — L'hystérectomie vaginale	32
I. — L'hystérectomie vaginale avant Réca- mier	33
II. — L'opération de Récamier proprement dite	38
Ablation de l'utérus cancéreux	44
Critiques	46
III. — Colpotomie	53
IV. — L'abrasion utérine	55
<i>Chapitre Deuxième. — Autres Découvertes de Réca- mier</i>	61
Kyste hydatique du pie	62
Opérations de l'empyème et de la fissure anale	66
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



